320

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1913

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

De la valeur de la Méthode de Fochier

(Abcès de Fixation)

dans l'Infection puerpérale

(ÉTUDE CLINIQUE)

PAR

CASEDEVANT Charles-Marie-Joseph

Né à Castelnau Chalosse (Landes), le 19 juin 1888

Président : MONSIEUR BAR, PROFESSEUR

PARIS

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26. PARIS (VI^e Ar^t).

1913

321

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1913 **THÈSE** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

De la valeur de la Méthode de Fochier

(Abcès de Fixation)

dans l'Infection puerpérale

(ÉTUDE CLINIQUE)

PAR

CASEDEVANT Charles-Marie-Joseph

Né à Castelnau Chalosse (Landes), le 19 juin 1888

Président : MONSIEUR BAR, PROFESSEUR

PARIS

IMPRIMERIE DES THÈSES DE DROIT

OLLIER-HENRY

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26, PARIS (VI^e^ Ar^t^).

1913

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie minérale	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	MARFAN
Hygiène	CHANTEMESS
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	CHAUFFARD DEBOVE GILBERT LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALL
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	Pierre DELBE QUENU RECLUS X...
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSON
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR PINARD RIBEMONT-DE SAINGE
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.			
BALTHAZARD	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BERNARD	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GREGOIRE	LERI	RETTERER
BRINDEAU	GUENIOT	LOEPER	RICHAUD
BROCA André	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	JOUSSET André	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	LABBE Marcel	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVAS-TINE.	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE		OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opi émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées co propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni in balion.

A MON PERE ET A MA MÈRE

A MA TANTE

A MES FRÈRES ET A MA SŒUR

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BAR

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

ACCOUCHEUR DE LA CLINIQUE TARNIER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Chevalier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Arrivé au terme de nos études médicales, un sentiment bien naturel, auquel nous obéissons avec joie, nous fait un devoir avant de nous lancer dans l'avenir de nous retourner sur le passé. C'est ainsi que nous embrassons d'un seul coup d'œil la route déjà suivie, les guides vénérables qui nous l'ont indiquée, ceux qui nous ont mis en état de la parcourir et aidé chemin faisant de leurs conseils, nos compagnons de voyage enfin qui nous ont souvent encouragé de leurs exemples et qui, partageant avec nous le fardeau des études, contribuèrent à nous le rendre à la fois si léger et si doux. C'est dire que nous avons contracté une grosse dette de reconnaissance ; sans espoir de l'acquitter nous tenons tout au moins à la reconnaître.

Nos remerciements émus vont donc d'abord à nos parents à qui nous devons d'être ce que nous sommes ; nul sacrifice ne leur a paru trop lourd quand il s'est agi de notre éducation, de notre bien. Qu'ils soient assurés de toute notre affection.

A la Faculté de Bordeaux, où nous avons commencé

nos études, M. le Professeur Ferré fut pour nous une providence, un père. Jamais nous ne dirons assez tout ce que nous lui devons. Notre gratitude s'élève ensuite vers nos maîtres dans les hôpitaux, le docteur Bitot, les Professeurs Demons et Arnozan dans le service desquels nous avons accompli nos trois années d'externat et qui furent de nos débuts dans la vie médicale, les guides sûrs et bienveillants. Leur nom est indissolublement lié à tout ce qui fait le sujet de notre reconnaissance, l'objet de notre vénération.

Nous ne devons pas oublier non plus l'accueil que nous réservait la Faculté de Paris. Le faible tribut de nos hommages, de nos remerciements monte tout particulièrement vers le Professeur Bar dont la grande bonté nous ouvrit toutes grandes les portes de sa clinique. Par lui nous pûmes faire ce modeste travail dont il nous fit l'honneur d'accepter la présidence.

Enfin notre pensée se reporte sur tous nos camarades qui ont été pour nous des amis sincères et dévoués. Nous tenons à les assurer de toute notre gratitude ; et si, au lieu de nous laisser aller à la joie, une certaine tristesse nous assaille à cette heure, c'est que nous ne pouvons penser sans mélancolie que plusieurs d'entre eux nous ont déjà été ravis par la mort. Sur leur tombe fraîchement refermée nous déposons la fleur inaltérable du souvenir.

HISTORIQUE ET DIVISION

Nous n'avons pas l'intention de nous étendre sur l'historique complet de la méthode de Fochier. La chose a été faite cent fois et nous ne pourrions que tomber dans des rédites sans intérêt. Nous nous bornerons à souligner les quelques points de fait qui ont servi de principe à la méthode, comme de moyen pour son application. Si le principe est un fruit de l'expérience et de l'observation, le moyen, nous le verrons, est le pur résultat du hasard.

Il faudrait remonter bien haut dans l'histoire de la médecine pour retrouver la 1re constatation de l'importance, au point de vue du pronostic, que l'on doit attribuer à une suppuration locale survenant dans une infection généralisée ; cette suppuration devant être considérée comme une gage de guérison probable. Le nom de « critiques » c'est ainsi qu'on nommait ces abcès, montre suffisamment le cas qu'on en faisait. Hippocrate déjà avait reconnu l'avantage qui peut résulter du transport de la maladie d'un point à un autre. En 1860, Métivier puis Cantel et Hervieux, pour ne citer que ces

auteurs ont mis dans la fièvre puerpérale cette particularité en relief.

Or en 1875, dans un cas grave d'infection puerpérale, Fochier eut à faire des injections sous-cutanées de quinine. Contre son attente il se forma au niveau de l'une d'elles un abcès qui, loin de compliquer la situation, parut au contraire avoir un résultat des plus heureux. Le rapprochement de ce fait accidentel et de la vieille constatation clinique que nous venons d'exposer, ne pouvait manquer de se faire : la méthode de Fochier avait vu le jour. Avant d'employer l'essence de térébenthine on eut recours à l'action de nombreuses substances : le sulfate de quinine acidifié, l'azotate d'argent, l'acide phénique, le sublimé, l'oxyde jaune de mercure, l'acide lactique, l'essence de lavande, le xylol, l'huile de croton, etc. Il s'agissait de trouver une matière qui, en produisant un minimum de dégats locaux ou généraux, eut un maximum de puissance pour susciter la suppuration. L'essence de térébenthine était cette matière : on l'adopta.

Cette méthode, objet d'une première communication de Fochier en 1891, au sujet de quatre cas d'infection peurpérale, fut bientôt étendue à une foule de maladies. Qu'il nous suffise de citer : la pneumonie, la congestion pulmonaire, la méningite, la fièvre typhoïde, etc., et certains empoisonnements : par l'acide phénique, l'oxyde de carbone, le sel d'oseille (Carles). Créée à l'occasion de la fièvre puerpérale, on tend de plus en plus à restein-

dre son emploi à ce terrain qui est son véritable champ d'action.

Pendant longtemps, l'Ecole Lyonnaise seule s'occupa de la méthode. A cette époque, le traitement par la sérothérapie n'ayant pas encore été créé, l'infection puerpérale n'était guère combattue que par l'action directe du traitement local (écouvillonnage, curettage, etc). C'est dire que lorsque l'infection avait dépassé la barrière utérine on était bien désarmé contre elle. Plus tard, la sérothérapie prit une grande place dans le traitement de l'infection puerpérale. A ce moment on étudia la méthode de Fochier avec beaucoup de soin, cliniquement et expérimentalement. De nombreuses théories s'édifièrent pour expliquer le mécanisme intime de son action. Voici les principales : Pour Fabre l'action antiseptique ozonisante et stimulante de l'essence de térébenthine intervient seule ; Chantemesse attribuait les résultats obtenus à la diapédèse et l'action phagocytaire des globules blancs ; La Torre fait surtout entrer en ligne de compte l'augmentation du pouvoir bactéricide du sérum. La théorie de la « Fixation » a surtout été défendue par Carles et Arnozan. L'abcès de Fochier serait un point d'attraction, l'émonctoire, où viendraient échouer les microorganismes et les grands leucocytes chargés de toxines. Cette conception semble être confirmée par ce fait, que dans certains empoisonnements, Carles a décelé dans l'abcès de fixation une véritable accumulation du poison en cause. Toutefois à l'heure qu'il est,

la pathogénie de cette méthode n'est pas encore franchement établie.

Actuellement, après avoir passé par des fortunes diverses, la méthode de Fochier reste encore en vigueur. Ayant résisté a l'épreuve du temps, ce procédé thérapeutique se trouve consacré par lui. L'expérience qui se dégage de cette existence de plus de vingt années va nous montre qu'il mérite la confiance qu'on lui témoigne et qu'il est souvent pour le médecin d'une grande utilité dans des moments difficiles.

Seuls feront partie de cette étude les cas dans lesquels on s'est servi de l'essence de térébenthine pour provoquer la suppuration. Nous laisserons systématiquement de côté tous les autres.

Donc, sans entrer sur le terrain si débattu et si incertain de la pathogénie, nous nous proposons de voir quels enseignements on peut tirer de la pratique déjà longue de la méthode de Fochier.

Dans le premier chapitre, qui renferme la grande majorité des observations, se trouveront groupées toutes celles où l'injection d'essence de térébenthine aura réussi à former un abcès. Dans ces conditions, c'est la guérison, nous le verrons, que l'on a le plus souvent constaté.

Nous réserverons le deuxième chapitre aux cas où la réaction locale a été nulle ou à peu près. Presque toujours ils ont été suivis de mort.

Enfin nous essayerons de tirer les déductions que

comportent ces faits cliniques, comme aussi de fixer la conduite à tenir paraissant la meilleure.

Le nombre considérable des observations recueillies nous a forcé à beaucoup les résumer. La clarté y perdra peut-être ; toutefois aucun des éléments importants, pouvant avoir des rapports directs avec le sujet qui nous occupe, n'a été banni de notre exposé.

CHAPITRE PREMIER

Valeur thérapeutique des abcès de Fixation

On trouvera réunis dans la première partie de ce chapitre 104 cas d'infection puerpérale dans lesquels on a utilisé la méthode de Fochier. Chez toutes les malades ainsi traitées il est apparu au niveau de l'injection de térébenthine une vive réaction locale aboutissant à une suppuration, plus ou moins abondante et précoce, pouvant s'ouvrir au dehors ou se résorbant peu à peu dans certains cas lorsqu'on est pas intervenu. En même temps qu'apparaissait ce processus local, la fièvre baissait, le pouls diminuait de fréquence l'état général s'améliorait du moins le plus souvent. Notons dès maintenant, quelques exceptions mises à part, que parallèlement aux injections de térébenthine, on a recouru à une foule de traitements depuis les injections antiseptiques intra-utérines et le curettage jusqu'aux injections intra-veineuses de sérum et de Collargol.

Il est évidemment bien loin de notre pensée de dénier

toute valeur à ces facteurs et l'on doit, en toute justice, leur faire prendre rang parmi les influences bienfaisantes qui ont fait bénéficier les malades de la guérison. Il faut tenir compte de cette cause d'erreur dans l'appréciation des mérites thérapeutiques de la méthode de Fochier. Cette restriction posée la lecture de nombreuses observations nous montrera que c'est justement devant l'impuissance des traitements employés que l'on a été amené, en désespoir de cause, à provoquer la formation d'abcès de fixation.

La deuxième partie de ce chapitre comprendra les observations dans lesquelles l'abcès s'est produit sans empêcher toutefois la mort.

1° **Cas de succès (104 cas)**

OBSERVATIONS

Observation 1

FOCHIER (Lyon Médical 1891)

Mme X..., est apportée dans mon service en janvier, dix jours après l'accouchement, dans un état à peu près désespéré. Les accidents infectieux duraient depuis huit jours. La face est terreuse ; les traits étirés, l'angoisse respiratoire étaient avec le pouls et la température les symptômes généraux les plus effrayants. Arthrite de l'épaule et de la hanche droite. *Je fis une injection d'essence de térébenthine* au niveau du deltoïde *et une autre* dans la région hypogastrique droite. L'amélioration fut rapide ; *des abcès volumineux se formèrent* aux points injectés. Quinze jours après leur formation je les incisai. Il s'en écoula un pus épais. Quelques accidents se produisirent alors : néphrite avec anurie pendant 3 jours, choroïdite, et enfin abcès profond de la cuisse droite que j'incisai. La malade guérit.

Observation 2 (*idem*)

Mme X..., atteinte de néphrite gravidique, accouche. Trois jours après elle est prise d'un grand frisson avec

congestion pulmonaire intense, altération de la face, prostration des forces, dyspnée. *Injection d'essence de térébenthine. La plqûre réagit bien.* L'amélioration et la guérison ne tardent pas à survenir.

Observation 3 (*idem*)

Mme X..., a depuis trois semaines une infection générale avec des signes d'ovarite suppurée. Les forces déclinent ; albumine dans les urines. *Des injections de térébenthine sont pratiquées* à plusieurs reprises *qui réagissent* et provoquent la résolution de la suppuration interne. La malade guérit.

Observatcn 4 (*Idem*)

Mme X..., à la suite d'un avortement, arrive exsangue à la Charité. Elle est en proie à une fièvre intense sans trace de localisation utérine ou périutérine. Hyperthermie, délire, anémie traumatique. Pas d'angoisse respiratoire ni étirement des traits. — *Injections sous-cutanées d'essence de térébenthine. Les abcès se forment* et la température baisse. Le délire cesse et la malade guérit rapidement.

Observation 5

THIERRY (Société Méd.. Rouen 1892)

Mme X..., 21 ans, deux jours après un accouchement normal présente une T. à 40°, un pouls à 106, de l'insomnie, du délire, de la diarrhée et des lochies fétides. Un curettage ramène des débris de placenta.

On injecte 1 cc de térébenthine à la fesse droite, puis *2 cc quelques heures après et 2 autres le lendemain.* Quatre jours après on *incise l'abcès formé.* Le pus s'écoule pendant 15 jours. La température descend et la malade guérit.

Observation 6

THIERRY. *Idem.*

Mme X... 23 ans, après un accouchement normal présente 40° le matin, du délire, des frissons, des lochies fétides. Curettage et *3 cc de térébenthine dans la région* trochantérienne ; *1 cc le lendemain. La réaction se fait.* On incise l'abcès 5 jours après ; il en sort du sang et une matière purulente concrète. L'amélioration est lente, mais la guérison se produisit.

Observation 7

M. FERRAND, de Rennes. (Bulletin de la Société scientifique et médicale de l'Ouest 1893).

Mme C... âgée de 31 ans eut la fièvre typhoïde à 26 ans et accoucha une première fois à 28 ans, à la suite d'une application de forceps très laborieuse d'un enfant vivant de 5 kilos 750. L'accouchement actuel fut moins difficile mais aussitôt après ce dernier survint une hémorragie inquiétante. On dut achever de décoller le placenta. Etat syncopal pendant plus de 3 heures. Quatre jours après l'accouchement, violent frisson, température 39° 8, pouls 115 ; le lendemain matin 40° ; le soir 38°,9. Les lochies n'ont point d'odeur, le ventre est ballonné et un peu endolori. Pendant cinq jours la tempé-

rature se maintient entre 38° 5 et 40°. Les vomissements débutent alors, incessants, opiniâtres. Pendant les trois jours suivants la température monte encore, le pouls est très faible et à 130, la dyspnée augmente. Amaigrissement et pâleur extrêmes. La malade n'a guère reçu jusqu'ici comme médication que du sulfate de quinine et des frictions à l'onguent mercuriel belladoné. C'est alors que, 10 jours après le début de la fièvre, le Dr Ferrand *injecte dans le 1/3 supérieur de la cuisse droite de la malade un gramme d'essence de térébenthine*. Une heure après la malade se plaint de souffrir horriblement. Cela dure 7 heures. On cesse toute autre médication. Le lendemain la température est à 39°, le jour suivant à 38°, le lendemain à 37° 4 et 37°. Les vomissements ont cessé ; la malade s'alimente. Le lieu de l'injection est rouge, tendu ; pendant 10 jours l'empâtement s'accentue. *L'incision est pratiquée 12 jours après la piqûre*. Il en sort un pus épais, mais peu abondant. Le lendemain de l'incision : 38° 2 ; 15 jours après la plaie est cicatrisée, la malade est complètement rétablie.

Observation 8

H. VON SWIECICKI, de Posen. (In Thérapeutische Monatshefts, février 1894)

Au commencement d'avril je fus appelé chez Mme F... multipare, âgée de 33 ans, atteinte d'infection puerpérale ; température à 40°, pouls à 140, plusieurs frissons par jour, ventre ballonné. J'ordonnai une irrigation à l'eau bouillie de la cavité utérine et pendant trois jours 1 centigramme de pilocarpine. Le cœur s'affaiblissant et l'adynamie devenant évidente, j'injectai à la partie supérieure des deux cuisses, *un gramme d'essence de térébenthine de chaque côté*. 4 heures après l'injection

se produisit à leur niveau une très vive douleur, la peau rougit, devient dure et chaude et *3 jours après se formèrent deux foyers purulents*. Je les ouvris le sixième jour ; il en sortit un pus visqueux et verdâtre. Dès le deuxième jour l'état de la malade commença à s'améliorer et au bout de trois semaines elle était rétablie.

Observation 9

M. JOAQUIN CORTIGUERA, de Santander. (Novembre 1896, in Thèse de Trifon)

M^me^ X..., primipare de 28 ans eut une couche lente, la tête ne pouvant franchir l'excavation. Appelé 48 heures après le début du travail je trouvai la malade épuisée. Application de forceps. Le lendemain il se produisit un frisson et la température s'éleva. Les lochies n'étaient pas fétides mais la température resta élevée et le pouls très fréquent. Six jours après l'accouchement *on pratiquait une injection d'essence de térébenthine*.

Douze heures après la fréquence du pouls diminue et le thermomètre descend. Une fluxion intense se produit. L'amélioration persiste ; *cinq jours après j'ouvre l'abcès* ; très peu de pus ; on remarque une infiltration dure. Le pus est reconnu stérile. *2 jours après l'incision le pouls et la température remontent* ; la malade a de fréquents accidents emboliques dans les jambes, un bras et un poumon ; le lait disparaît, l'état général est grave ; *nouvelle injection. Les symptômes s'améliorent* moins vite que la fois précédente et à l'exception de la thrombose de la jambe gauche qui suivit son cours lent ordinaire, tous les autres phénomènes disparurent. La malade guérit et put allaiter.

Observation 10

M. J. CORTIGUERA

Mme X..., multipare, eut une couche normale, mais d'un enfant mort. Dès le jour suivant jusqu'au douzième elle eut 39°. Je fus appelé à ce moment, et comme la malade avait subi un traitement rationnel, sans aucun résultat favorable, *je provoquai par la méthode ordinaire l'abcès de fixation* qui eut une marche subaiguë mais qui nécessita l'ouverture au bout de 10 jours. Quarante heures après l'*injection de térébenthine*, sans aucun autre traitement, le thermomètre descendit à 37° et alors même qu'il monta les deux jours suivants jusqu'à 38° l'amélioration continua sans interruption avec apyrexie complète.

Observation 11

M. J. CORTIGUERA

Mme X... multipare, eut une couche très lente et exigeant la délivrance artificielle ; quand je la vis elle avait 38° 5. Lavages phéniqués chauds ; apyrexie durant trois jours ; Trois jours après se déclare l'infection puerpérale : frisson, température à 39° qui s'élèva à 40° durant 2 jours et demi : *On pratique une injection d'essence de térébenthine*. Le jour suivant sans que le le frisson se soit produit le thermomètre marque 38° 5. *Le 3me jour l'abcès est formé* : la température est à 37° 5. Cette température persiste cinq jours. La malade guérit deux semaines après l'accouchement. L'abcès n'a pas été ouvert.

Observations 12

M. J. CORTIGUERA

M^me^ X... multipare atteinte de grippe, accouche dans le huitième mois de sa grossesse. Le travail fut laborieux. Elle eut une grande hémorragie de la délivrance. Cette même nuit la fièvre, qu'elle avait déjà mais qui ne dépassait pas 38°, monta à 39° 5 et les jours suivants à 40° et 41°. Sueurs profuses, essoufflement, prostration ; tous les caractères d'une affection grave, sans localisation appréciable. Le 6^me^ jour je fis une *injection d'essence de térébenthine* qui ne provoqua qu'un petit abcès Le septième jour la fièvre descendit à 39° et trois jours après elle disparut complètement. Je n'ouvris pas cet abcès.

Observation 13

M. J. CORTIGUERA

M^me^ X..., multipare eut une couche normale. Le 4^e^ jour : frisson et fièvre à 39°. Elle avait à la vulve une escarre que l'on traita. Pendant deux jours : amélioration. Le troisième jour les symptômes généraux redoublent et persistent malgré l'emploi de quinine, la désinfection locale, les bains généraux durant une semaine. *C'est alors que fut pratiqué le traitement de Fochier*. Dès le jour suivant amélioration. Le 4^e^ jour sans avoir eu besoin d'ouvrir l'abcès parce qu'il était petit et à marche subaiguë, la malade n'eut plus d'accès fébriles. La marche vers la guérison fut rapide.

Observation 14

M. J. CORTIGUERA

M^me^ X..., multipare a eu un frisson le lendemain de son accouchement ; je fus appelé le 8^e^ jour. Tuméfaction du ligament large, diarrhée fétide, séreuse ; œdème pulmonaire. La température oscille entre 39° et 40°. *Injection de térébenthine.* Les jours suivants la température descend à 37°, l'œdème pulmonaire disparaît, le pouls est à 72°. L'abcès était formé dans les premières douze heures. Pendant 3 semaines alternative d'amélioration et d'aggravation, la diarrhée persiste. La malade sort un mois et revient avec un abcès du ligament large gauche qu'il fallut inciser par voie abdominale. La malade guérit.

Observation 15

M. J. CORTIGUERA

M^me^ X... est atteinte de septicémie puerpérale généralisée. Température élevée. Etat très grave. Lavages et désinfection. La gravité s'accentue encore. *Traitement de Fochier* ; 24 heures après soulagement graduel et guérison prompte. *Incision de l'abcès* quelques jours après.

Observation 16

M. J. CORTIGUERA

M^me^ X..., multipare : délivrance artificielle. Le 9^e^ jour après l'accouchement elle présente : tremblements,

sueurs abondantes et visqueuses, pouls très rapide, somnolence. Les lochies ne sont pas fétides. *Traitement de Fochier.* Le lendemain : amélioration. *L'abcès se forme* lentement mais progressivement. Guérison en peu de jours.

Observation 17

M. J. CORTIGUERA

Mme X... primipare. Quatre jours après l'accouchement pas de lochies ni de sécrétion lactée. T. à 40°6 ; tympanisme abdominal, pouls à 130, délire. Lavages intra-utérins, sulfate de quinine, digitale, bains tièdes restent sans effet. *Traitement de Fochier*, et dès le lendemain amélioration. Cinq jours après apyrexie complète. Guérison.

Observation 18

M. J. CORTIGUERA

Mme X..., primipare, avorte le 4e mois. Le lendemain : fièvre, pouls rapide. La malade a une bronchopneumonie très grave. L'état empire pendant 3 jours : *méthode de Fochier.* Trois jours après l'abcès est collecté ; amélioration rapide suivie de prompte guérison.

Observation 19

M. J. CORTIGUERA

Mme X.... primipare, a une hémorragie abondante au huitième mois de sa grossesse. Dès le lendemain de l'ac-

couchement provoqué et de la délivrance artificielle : fièvre, accélération du pouls, etc. Tous les traitements échouent. Au huitième jour après l'accouchement *on essaye de provoquer un abcès de fixation.* Amélioration lente et irrégulière. La guérison a été longue parce qu'on ouvrit l'abcès trop tôt.

Observation 20

M. J. CORTIGUERA

Mme X..., multipare, présente de l'infection puerpérale à la suite d'un accouchement très pénible à cause d'une présentation de l'épaule. Le liquide amniotique est fétide. Fièvre à 39° qui 2 jours après à la suite d'un frisson monte à 40°. *On provoque l'abcès de fixation.* La fièvre baisse pendant deux jours à 38° et disparaît les jours suivants.

Observation 21

M. J. CORTIGUERA

Mme X..., multipare, eut un avortement de trois mois suivi d'une forte hémorragie. Le 4e jour : frissons violents, vomissements, fièvre à 40° ; de même le jour suivant. Le lendemain je constatai une tuméfaction du ligament large droit. Les jours suivants, malgré le traitement général et la désinfection utérine, les symptômes s'aggravèrent. *Je pratiquai une injection d'essence de térébenthine* qui suivit une marche très aiguë, il fallut ouvrir l'abcès au bout de 3 jours ; 30 heures après l'injection l'amélioration débuta ; la guérison ne se fit pas attendre.

Observation 22

M. J. CORTIGUERA

Mme X... 2 ipare, âgée de 40 ans, souffrant d'une grippe intense, accouche d'un fœtus mort après un travail très laborieux. Deux jours après frissons violents, avec 40° et 41° de fièvre. La malade présente alors une broncho-pneumonie avec infection généralisée. Vingt heures après la provocation de l'abcès de fixation on note une grande tuméfaction ; au bout de deux jours fluctuation évidente. La température oscille entre 37° et 38°. Je n'ouvre pas l'abcès : la résolution se produisit dans l'espace d'un mois.

Observation 23

M. J. CORTIGUERA

Mme X.., multipare, deux jours après un accouchement laborieux présente des frissons intenses et une température montant jusqu'à 41° et 42°. Comme le traitement local ne donnait pas de résultats *je pratiquai le 4e jour une injection d'un gramme d'essence de térébenthine en deux endroits de la cuisse*. La marche de l'abcès fut suraigue. Il y avait une infiltration pâteuse. L'incision donna accès à une sérosité trouble. Le soulagement fut très rapide et la malade guérit.

Observation 24

M. J. CORTIGUERA

Mme X..., primipare présenta un bassin rachitique nécessitant la symphyséotomie suivie d'une appli-

cation de forceps. Septique avant l'intervention le malade présenta les jours suivants une septicémie. L'état s'aggravant malgré les divers traitements institués, la situation paraissant très critique, on pratiqua dans la cuisse *deux injections de térébenthine* à 1 gramme chacune à 4 centimètres l'une de l'autre. Au bout de 40 heures il y avait déjà une forte tuméfaction fluctuante. Chaque foyer fut incisé, on les lava avec soin et les remplit de gaze iodoformée. Le lendemain de l'injection : amélioration, guérison au bout de deux semaines.

Observation 25

M. J. CORTIGUERA

M^me^ X..., multipare en travail depuis un jour, accouche à la suite d'une version podalique. Le lendemain : frissons, pouls à 120, fièvre à 40°. Cet état se maintient les deux jours suivants, les lavages ne ramènent rien de fétide. *On pratique l'opération de Fochier.* Le pouls est à 112 la température à 39°. Le 3^e^ jour pouls et température sont ramenés à la normale. L'abcès suppura peu.

Observation 26

SWITALSKI (Trapeut, Wochenschrift 1895)

P. M..., âgée de 20 ans, secondipare. Accouchement normal le 6 février 1895. Le quatrième jour frissons et élévation de température. Au début une paramétrite fut diagnostiquée qui disparut laissant subsister des frissons, de la fièvre, un état général empirant de jour en jour. L'examen du sang laisse voir des staphylocoques. Tous les moyens thérapeutiques échouent. C'est alors que le 17 mars *(40 jours après l'accouchement)*

on injecta 2 grammes d'essence de térébenthine dans le mollet gauche. Apparition d'une très forte douleur qui persista pendant quarante-huit heures. La réaction locale est très prononcée sous forme de rougeur et d'œdème laissant place dix jours après à un abcès dont l'incision donne jour à 300 grammes de pus jaune, épais et stérile. Après l'injection un seul frisson et au bout de dix jours la fièvre disparaît. La malade se rétablit rapidement.

Observation 27

SWITALSKI (Trapeut, Wochenschrift 1895)

L. M..., 28 ans, primipare. Le 6 décembre forceps, délivrance artificielle. Dès le deuxième jour, fièvre. Le troisième : délire, langue sèche, ses mains tremblent, fièvre à 39° 2, pouls à 116. *Injection de 2 grammes d'essence de térébenthine* dans le mollet droit le 19 décembre. Début de l'amélioration le 22 décembre ; le 30 la fièvre a disparue. Le quatrième jour de l'injection on constate une infiltration rouge et étendue. Le 8 janvier, fluctuation ; le 21 janvier, 34 jours après l'injection, on ouvre l'abcès. Le 5 février la malade est guérie.

Observation 28

SWITALSKI (Therapeut Wochenschrift 1895)

P. M..., 28 ans, primipare, 4 jours après l'accouchement, le 15 avril 1895, présente des signes d'infection puerpérale. Le 17 : température à 39°, pouls à 140, subdélire, grands frissons, grande faiblesse. *2 gram. d'essence de térébenthine* dans le mollet droit. Quelques

heures après on constate en ce point œdème et rougeur. Le 2 mai, fluctuation ; le 3 incision. Le pus est stérile. L'état s'améliore, la fièvre disparaît le 6 mai.

Observation 29

M. BRANTHOMME (Revue de Médecine 1896)

Mme X..., 23 ans, II pare, présente 4 jours après l'accouchement des frissons et une douleur de la cuisse attribuée à une phlébite. Deux jours après nouveaux frissons, le ventre est ballonné, douloureux, vomissements muco-bilieux. *Injection de térébenthine* donnant des phlegmons sous-aponévrtiques. Ces derniers ouverts la fièvre décroît. Dès le 2e jour les phénomènes abdominaux disparurent, mais apparurent des accidents d'éclampsie qui ne cédèrent qu'à 7 saignées. Un peu d'albumine dans les urines. La malade se rétablit lentement mais entièrement.

Observation 30

A. POLLOSSON in thèse de Trifon (Lyon 1899-1900)

L. V.... 31 ans, accouche normalement. Le lendemain elle a des frissons et un délire intenses. Le traitement local a raison du délire, mais il persiste une fièvre à grandes oscillations. L'accouchement a eu lieu le 4 avril. Ce n'est que le 2 juin que *l'on pratique deux injections sous-cutanées d'essence de térébenthine*. Dès le deuxième jour de la piqûre la température baisse. 6 jours après la température reste fixe à la normale. Les abcès se collectent bien. Le 22 juin, la malade complètement guérie quitte l'hôpital.

Observation 31

A. POLLOSSON *(idem)*

Mme P..., 30 ans. Après un retard de règles de un mois 1/2, il se produit une violente hémorragie. Admise à la Maternité de la Charité le 5 avril, son état empire de jour en jour. Elle est exsangue, oppressée, le pouls incomptable, la température à 40°. Trois jours après on pratique *2 injections d'essence de térébenthine*, l'une à la cuisse droite et l'autre au bras droit. Le soir la fièvre est à 40,5. A partir de ce moment elle décroît. Elle est à 37,4, 4 jours après. Les abcès fluctuent. Six jours plus tard on ouvre l'abcès de la cuisse. Le lendemain on incise le second. L'état général est bon ; quatre jours après (23 mai) elle quitte l'hôpital avec un état général des meilleurs.

Observation 32

A. POLLOSSON *(idem)*

Mme T..., 21 ans, accouche à la Charité le 10 avril. Après l'accouchement le ventre est douloureux au plus léger contact, vomissements, céphalalgie. La température oscille entre 38° et 39° ; le pouls entre 120 et 130. Traitement local et *deux injections sous cutanées d'essence de térébenthine*. Le 25 les douleurs abdominales disparaissent ; le ventre est souple, la température baisse en lysis. On incise les abcès de fixation. Le 30 la température est normale. Le 24 mai la malade part guérie.

Observation 33

A. POLLOSSON *(idem)*

Mme B.., 39 ans, a une fausse couche de 4 mois. Le 11 mai, à son entrée à l'hôpital, elle a une hémorragie abondante et 39°6 de fièvre. Délivrance artificielle et traitement local. La température continue à osciller entre 37°8 le matin et 40°4 le soir. Le 13 mai *on fait deux injections d'essence de térébenthine*. Le lendemain chute brusque de la température : les abcès se forment. Le 24 la malade est guérie. On incise les abcès. L'état général devient très bon, et la malade quitte l'hôpital le 23 juin.

Observation 34

TRIFON, (Thèse de Lyon 1899-1900).

Mme J... primipare, 17 ans, accouche le 3 décembre. Le lendemain soir la température est de 40°. On constate des signes de bronchite, le ventre est douloureux. Les injections intra-utérines ramènent des débris placentaires. La température se maintient très élevée. Le 9 elle est à 40° 4. *Deux injections d'essence de térébenthine* : au niveau de l'empreinte deltoïdienne et dans le flanc gauche. Le 11 l'injection deltoïdienne réagit fortement. Les jours suivants, la température tend à baisser ; la malade se trouve bien. Le 15 incision de l'abcès brachial ; la température de 37° 8 remonte à 40° 4. Le 19 on ouvre le deuxième abcès. Fièvre à 39° et 40°. La température persiste toujours puis baisse en lysis et disparaît le 27. La malade sort en bon état le 11 février.

Observation 35 *(Idem)*

Mme D..., 21 ans primipare. Le 3 mars accouchement normal. Elle a une poussée fébrile 14 jours après l'accou-

chement. Le 27, frisson violent. Le 30 on constate une salpingite de la grosseur d'un œuf de dinde. La température devient à grandes oscillations : 38° le matin et 40° le soir. Le pouls est à 140. Frottements pleurétiques à la base en arrière. Le 17 avril : *piqûre d'essence de térébenthine, le 18, seconde piqûre.* Le 19 elles s'abcessent bien, la température baisse. Elle est normale le 13 mai. Le 26 mai, la malade en convalescence quitte l'hôpital.

Observation 36 *(Idem)*

Mme M..., 25 ans accouche normalement le 19 novembre. Le 21 : frisson, fièvre, pouls rapide, respiration fréquente, lochies fétides. Le 22. *injection de térébenthine au bras gauche*, La température se maintient entre entre 39° et 40°. La respiration entre 40 et 44 par minute. Le 25, *injection de térébenthine au flanc gauche* ; la fièvre persiste. Le 28, *troisième injection au flanc droit.* Le 1er décembre la malade va mieux. Le 9, on incise l'abcès du bras qui avait pénétré profondément. Le 10 frisson, pouls rapide, *quatrième injection à la cuisse.* Le 11 tous les abcès phlegmonnent ; l'état s'améliore, la température baisse, On incise consécutivement les abcès. Le 1er janvier. la température tombe. Au bout de 15 jours les abcès sont cicatrisés. Le 20 janvier la malade quitte le service.

Observation 37 *(Idem)*

Mme D..., 20 ans, accouche le 4 janvier. Rétention placentaire. Le 6, pouls à 124, respiration à 24, fièvre à 40°. Douleurs abdominales généralisées ; lochies fétides. Traitement local et *injection de térébenthine dans le flanc droit.* Le 7 au niveau de la piqûre, légère tuméfaction.

Nouvelle injection de térébenthine au flanc gauche. Le 10, la 2e piqûre est douloureusé. Au niveau de la 1re aucune réaction, la température se maintient. Le 14, la température a baissé ; on note au niveau de la 1re piqûre une fluctuation sous-épidermique. Le 17, on incise l'abcès droit. Le 22 on constate un abcès de la fosse iliaque gauche et un autre au niveau de la région vulvo-périnéale ; on les incise. Le 24, 3e injection de térébenthine dans la cuisse gauche. Le 26 la température est à 40° 7 ; signes d'endo-péricardite. Le 3 février : 4e injection d'essence de térébenthine au bras gauche. Le 6, on entend des râles sous-crépitants dans les deux poumons. Fluctuation nette dans l'abcès abdominal et dans celui de l'épaule. Depuis le 10, la température baisse ; elle tombe le 13, les 2 abcès phlegmonnent. Le 26, chute définitive de la température. L'abcès de la cuisse phlegmonne. Les 2 abcès spontanés sont cicatrisés. Le 12 mars ouverture des 3 abcès de fixation. Le 24, ils sont cicatrisés, la malade sort de l'hôpital guérie.

Observation 38 *(idem)*

Mme B..., multipare, accouche le 5 janvier. La température est à 39°7 le 4e jour, le pouls à 116, elle a un frisson. *Injection d'essence de térébenthine.* Réaction vive quelques heures après. Le 10 la température tombe. Le 19 on incise l'abcès. Le 25 la malade en pleine convalescence quitte l'hôpital. L'abcès n'est pas entièrement cicatrisé.

Observation 39 (*idem*)

Mme F... accouche le 8 février. Six jours après frisson et fièvre à 39°8. Les jours suivants, (malgré le trai-

tement local), ces deux symptômes persistent. La température oscille entre 38° le matin et 41° le soir. Le 26, *on pratique une injection de térébenthine.* Le 1er mars même état, *deuxième injection*, pas d'amélioration. Le 3 mars, *troisième piqûre.* Le 4 mars, au niveau de la deuxième piqûre un phlegmon douloureux se forme. La température tombe. Le 9 les deux premières piqûres phlegmonent ; la température varie entre 37° et 39°. Le 26, la température est à la normale. Le 7 avril, la malade quitte l'hôpital ; ses abcès n'ont pas été ouverts.

Observation 40. *Idem*

Mme V..., 21 ans, multipare. Accouche normalement le 19 février. Frisson violent le 23. Le 24 pouls à *124*, fièvre à 40° 5, lochies fétides.

Le traitement local n'améliore pas l'état. Le facies est terreux, le pouls accéléré la température élevée ; le 27 on fait *une injection d'essence de térébenthine.* A son niveau le 1er mars existe une tuméfaction très apparente sans fluctuation. *On pratique une deuxième injection.* Le 6, la température est normale. Au niveau de la deuxième piqûre existe une induration localisée. Le 15 la malade est tout à fait rétablie. Elle quitte l'hôpital. Elle revient le 21 pour se faire inciser le premier abcès, le deuxième s'est résorbé.

Observation 41. *Idem*

Mme V..., 30 ans, multipare, accouche prématurément le 23 mai. Dès le lendemain, douleurs abdominales très intenses ; Elle entre à la Charité le 26. Son état général est grave, le pouls rapide, le ventre douloureux et ballonné. Le 27 mai la température est à 40° 2. Les

lochies ne sont pas fétides. Le 28 : *injection de 1 cc. d'essence de térébenthine* qui provoque la douleur dès le soir. Le 31, *deuxième injection* au ventre du côté droit ; et le 6 juin *une troisième* à l'empreinte deltoïdienne du côté gauche. Le 9 juin induration des ligaments larges. Signes de phlébite au membre inférieur gauche. *Quatrième injection au ventre* à gauche. Le 13, apparition d'une phlébite à droite qui se développe dans la suite. Le 20 : *on pratique une nouvelle injection au ventre à droite.* Le 22 les deux dernières injections ont déterminé des abcès. Le 2 juillet *nouvelle injection* déterminant un abcès abdominal. Embolie pulmonaire à droite. Le 7 ouverture de l'abcès. Tout rentre peu à peu dans l'ordre et la malade sort de l'hôpital le 9 août dans un très bon état.

Observation 42. *Idem*

Mme J..., 19 ans, accouche le 13 juillet, (application de forceps, délivrance artificielle). Deux jours après fièvre à 39°2, pouls à 120, mauvais état général. Le 16 : piqûre d'*essence de térébenthine* au flanc droit. Le 18 : 2e piqûre d'*essence de térébenthine* au flanc gauche. La 1re piqûre réagit ; la température commence à baisser. Le 21 l'état général est meilleur. L'empâtement de la 1re piqûre augmente. Il y a une certaine réaction du côté de la 2e piqûre. Le 23, on sent de la fluctuation des deux côtés. Le 30, les abcès fluctuent bien ; le 2 août on les ouvre : 250 gr. de pus coulent du côté droit, 200 gr. du côté gauche. Le 6 la santé est excellente, l'appétit bon.

Observation 43. *Idem*

Mme V..., accouche normalement le 25 août. La température monte les jours suivants et les lochies sont

fétides. Malgré le traitement local la malade prend un facies terreux, la température est à 39°, le pouls à 120. On pratique le 29, *une injection d'essence de térébenthine* dans l'empreinte deltoïdienne gauche. Le lendemain pas d'amélioration ; *nouvelle injection de térébenthine du côté droit*. Le 31, *troisième injection au flanc droit*. Les deux premières piqûres sont douloureuses. Le 1er septembre, *quatrième piqûre au flanc gauche*. Le 3 sept. l'état général est très bon, le pouls normal et la fièvre tend à tomber. Il existe une induration douloureuse au niveau des piqûres du flanc. Au niveau des épaules : induration, rougeur, douleur vive. Le 7 on évacue, l'abcès de l'épaule gauche. Le 14, les abcès de la paroi abdominale sont douloureux et sont le siège d'une fluctuation nette. Il y a une petite poussée de température. Le 20 : l'abcès de l'épaule gauche est guéri : celui de droite s'est résorbé, les abcès des flancs sont très douloureux. On les ouvre le 28 ; il s'en écoule une grande quantité de pus. L'état général est bon. Le 29 la température est à la normale. Puis la fièvre reparait, prend la forme à grandes oscillations et le 17 octobre *on provoque un cinquième abcès*. Le 21, la température tombe. L'abcès est formé. Le 30 il se résorbe ; la malade est guérie et quitte l'hôpital le 9 novembre.

Observation 44. *Idem*.

Mme M... fait, le 23 septembre, un accouchement prématuré. Le soir la température est à 39,5, le pouls à 115. En dépit du traitement local l'état ne fait que s'aggraver. Le 25 on fait *une injection d'essence de térébenthine* au flanc gauche. Un moment calmés, les symptômes reprennent et le 27 on fait *une nouvelle piqûre* au flanc droit. La première est rouge et tuméfiée. Tout s'arrange, mais le 1er octobre aggravation subite. On

fait une *piqûre à l'épaule gauche*. La piqûre du flanc droit phlegmonne bien. Le 3, nouvelle piqûre à l'épaule droite. Le 5, incision de l'abcès du flanc droit ; le 7, incision de l'abcès du flanc gauche. L'abcès de l'épaule gauche se résorbe ; celui du bras droit se collecte ; on l'ouvre le 15 ; il ne contient que de la sérosité. L'état général est bon. Le 23 la malade, complètement remise, quitte l'hôpital.

Observation 45. *Idem.*

Mme C..., 30 ans, multipare, accouche normalement le 3 octobre. Le lendemain grand frisson et signes d'infection utérine. Le 5 : *injection d'essence de térébenthine au flanc droit*. Le 6, *même traitement du côté gauche*. A leur niveau le 7 on constate de la tuméfaction, de la rougeur et de la douleur. Les abcès se forment bien, l'état général s'améliore. On les ouvre ; le 28 ils sont complètement cicatrisés et la malade quitte l'hôpital.

Observation 46. *Idem.*

Mme F..., multipare, accouche le 3 septembre normalement après avoir eu une rupture prématurée des membranes. Pendant quelques jours elle eut une légère fièvre qui augmente le 18. (Le ligament large est empâté et douloureux). Le 27 *on fait une injection de térébenthine au flanc gauche ;* les symptômes s'amendent. Ils reprennent le 5 octobre. *Seconde injection au flanc gauche*. Le 8 la fièvre est descendue, la fluctuation est nette des deux côtés. Le 10 l'empâtement du ligament large a bien diminué, la fièvre disparu. On ouvre les 2 abcès le 15. Ils donnent du pus roussâtre. Le 23, ils sont cicatrisés. La malade quitte l'hôpital.

Observation 47. *Idem*

Mme L...; 32 ans. Basiotripsie le 29 septembre. Après un frisson la température monte et est, le 3 oct. à 39°5. *Injection d'essence de térébenthine au flanc gauche.* Elle devient très douloureuse et le 6 elle fluctue. Le 8 la température tombe. L'abcès, bien collecté le 14, est incisé le 15 et donne jour à une grande quantité de pus roussâtre. L'abcès le 20 est cicatrisé. Guérie, la malade quitte l'hôpital.

Observation 48. *Idem*

Mme G..., 28 ans, primipare. Elle a quatre crises d'éclampsie. Accouchement au forceps, hémorragie de la délivrance (1.000 grammes) le 7 novembre. Le 12, frottements de la plèvre gauche. L'état général devient mauvais. *Le 16 on injecte de l'essence de térébentine ;* le 18, *une seconde injection.* Le 20 léger épanchement pleurétique à droite. *Troisième injection le 23.* Au niveau des deux premières piqûres il y a une tuméfaction douloureuse. Le 30 les abcès fluctuent, l'état de la malade est meilleur ; on les incise, le 2 décembre ; beaucoup de pus s'en écoule. L'épanchement pleurétique s'est résorbé, la température tombe. Le malade est en pleine convalescence.

Observation 49. *Idem*

Mme B..., 19 ans, primipare. Accouche normalement le 25 janvier. Le lendemain : frisson, 38°4, pouls à 110. La température et le pouls montent les jours suivants ; les lochies sont fétides malgré deux lavages intra-

utérins quotidiens. Le 2 février l'état général est mauvais, la fièvre à 40°, le pouls à 130. Le flanc gauche reçoit une *injection d'essence de térébenthine*. Le lendemain *on injecte le flanc droit*. Le 5 la température tombe. Au niveau de la première piqûre se trouve une masse dure du volume d'une mandarine. Au niveau de la seconde une masse ayant la grosseur d'une orange. Ni douleur, ni fluctuation. La température tombe à la normale et le 13 on trouve de la fluctuation au niveau des piqûres. Le 24 on incise l'abcès gauche. L'abcès droit se résorbe. La malade est guérie.

Observation 50. *Idem.*

Mme S.., primipare, 31 ans. Accouche le 9 février d'un enfant mort en putréfaction. On pratique une injection intra-utérine iodée. Le soir on note de la fièvre, un pouls petit, une dyspnée intense. L'état général est très grave. On fait *une injection d'essence de térébenthine* au flanc gauche. L'état reste très grave. On fait une *deuxième injection* au flanc droit. Les jours suivants la dyspnée diminue. Le 14 : au niveau de la première injection se trouve une induration du volume d'une noix ; au niveau de la seconde : induration très volumineuse, rouge et douloureuse. *Une troisième injection* est pratiquée à l'épaule. Le 15 : *une quatrième* dans le flanc droit. Les deux premiers abcès se forment bien. Le 23, la quatrième piqûre s'abcesse. Le 9 mars la fièvre est tombée. Le 10, ouverture des abcès ; écoulement de pus abondant. Le 23 elle quitte l'hôpital tout à fait guérie.

Observation 51. *Idem*

Mme F..., 22 ans, primipare. Le 18 février on prati-

que une basiotripsie et une délivrance artificielle. On suture une déchirure profonde du périnée. La température les jours suivants ne s'élève pas à plus de 38°. Mais le pouls bat entre 130° et 140°. Le 20, l'agitation est extrême. Le lendemain grand frisson, 40° 6, pouls dépressible à 140, teint plombé. *Deux injections de térébenthine* sont pratiquées dans les flancs. Le soir la malade a perdu connaissance. Le 22 souffle systolique à la base du cœur, l'état s'aggrave, le pouls faiblit ; *troisième injection* de térébenthine. Incontinence, délire. Le 23 une induration existe au niveau des injections. La malade va beaucoup mieux le 24. Le 26 les abcès sont formés. L'incontinence cesse le 27. La température est à 39° ; elle baisse et le 6 mars il n'y a plus de fièvre. On ouvre les abcès le 9 ; beaucoup de pus s'en échappe. Le 13 la malade est tout à fait rétablie.

Observation 52. *Idem*.

Mme B..., 18 ans, primipare accouche le 1er mai normalement. Depuis lors, frissons et fièvre. Le 4 et le 8 *injection d'essence de térébenthine*. A leur niveau tuméfaction le 11. La température oscille entre 38 et 39,8. Fluctuation au niveau d'un des abcès le 14. Le 27 les deux sont formés. La malade sort le 9 juin en bonne voie de guérison mais avec des abcès en évolution.

Observation 53. *Idem*

Anna W..., 18 ans, primipare. Accouche normalement le 7 juin. 38° 2, le soir de l'accouchement.

Le 10 : lochies fétides, frisson, 39°, pouls à 120, dyspnée intense. Traitement local. Nouveau frisson. Le 12 : L'utérus est douloureux à la pression. Injec-

tion d'essence de térébenthine dans le flanc droit, suivie d'une réaction rapide et d'un abcès. Après une amélioration passagère reprise des symptômes. *Deuxième injection* l'essencede térébenthine. L'état général est mauvais. Il s'améliore les jours suivants ; l'abcès s'ouvre spontanément le 18. La fièvre tombe le 24 et le 29 on incise le second abcès. Ils sont cicatrisés le 8 juillet. La malade quitte l'hôpital.

Observation 54. *Idem*

Mme B..., 22 ans. Accouche le 29 juin. Elle a de la rétention placentaire. Le lendemain grand frisson, température à 40°2, pouls à 130°. On pratique une *injection d'essence de térébenthine*. Le lendemain l'état s'aggrave. Le 3, au niveau de l'injection la réaction est vive ; il y a de la fluctuation ; l'état s'améliore bien. On incise l'abcès le 11. Grande abondance de pus. Le 27 l'abcès est cicatrisé. La malade quitte l'hôpital.

Observation 55. *Idem*

Mme G..., 24 ans, primipare. Application de forceps et accouchement le 5 août. Trois jours après : Dyspnée, fièvre à 39°4, pouls à 128. Malgré le traitement local l'état s'aggrave. Le 10 : le *flanc droit reçoit une injection* d'essence de térébenthine ; *deuxième injection* le 11. Amélioration correspondant avec l'apparition d'une induration au niveau de la 1re piqûre, d'une fluctuation au niveau de la deuxième. La température tombe ; le 16 on ouvre les abcès. Le 24, guérie, la malade sort.

Observation 56 *Idem*

Mme V.,., 26 ans, multipare. Avortement de 2 mois 1/2 dans les premiers jours d'août. Le 9 août la température est à 39°, le ventre douloureux. Le 10 une phlébite de la jambe gauche se déclare. Le 12 le flanc droit reçoit *une injection d'essence de terebenthine* ; elle devient très douloureuse et fluctue dès le lendemain soir. *Seconde injection* le 18 qui provoque rapidement un abcès et qui s'accompagne d'une amélioration générale et locale. Le 30 tout est revenu dans l'ordre ; on incise l'abcès d'où sort une abondante quantité de pus. La malade sort le 24 septembre tout à fait guérie.

Observation 57 *Idem*

Mme V..., 22 ans, accouche le 19 septembre. Le 20 fièvre à 39° 8, pouls à 140. Dyspnée intense. Traitement local. Le 21 on fait *une injection d'essence de térébenthine. Le 23 deuxième injection.* Depuis le 25 il n'y a plus de fièvre. Seule, la première injection a donné du pus.

Observation 58 *Idem*

Mme P..., 22 ans, primipare. Accouche le 6 novembre normalement. Le 7 frisson et fièvre, lochies fétides, oppression. Traitement local. L'état ne fait que s'aggraver. Le 12 on fait une *injection d'essence de térébenthine* au flanc gauche. Vive douleur et induration dès le soir. Le thermomètre baisse, le pus se forme. Le 19 la malade est en pleine convalescence. On incise l'abcès le 3 décembre. Sa santé est entièrement revenue.

Observation 59. *Idem.*

Mme B..., 20 ans, œdème, albuminurie, vaginite granuleuse. Accouchement par forceps le 23 novembre. La fièvre se déclare et augmente peu à peu ainsi que l'oppression. Le 1er décembre le facies est terreux ; la température à 40°, le pouls à 140. *Injection dans le flanc droit* d'essence de térébenthine. Le soir, *deuxième injection* du côté gauche. Le 2, la piqûre droite a été très douloureuse. Leur zone est infiltrée, mais en même temps l'état s'améliore beaucoup. Le 6 on incise l'abcès gauche. Le 9, la malade est en pleine convalescence.

Observation 60. *Idem.*

Mme M.., 32 ans, multipare. Placenta prœvia, procidence du cordon. Accouchement le 2 décembre par version. Délivrance artificielle, forte hémorragie. Pouls rapide à 150, fièvre à 39°. *Injection sous-cutanée de térébenthine* au flanc gauche. Légère induration le 4. *Deuxième piqûre* au flanc droit. Tout rentre dans l'ordre. Le 10, à droite surtout : fluctuation. Les abcès n'ont pas tendance à l'ouverture spontanée.

Observation 61. *Idem.*

Mme C.., 19 ans, primipare. Forceps et accouchement le 29 novembre. Le soir frisson, fièvre. Augmentent les jours suivants. La malade est pâle, la face immobile, lochies fétides. *Injection d'essence de térébenthine* au flanc droit. L'état s'aggrave. Deuxième piqûre. amélioration rapide correspondant avec une tuméfaction rouge et fort douloureuse de cette dernière. Légère in-

duration de la première piqûre, où le 8 se forme un abcès. Dans l'autre piqûre l'abcès est formé ; il s'ouvre spontanément. Le 10, la convalescence est entière.

Observation 62

PAWOLOWICZ & ZALESKI (Medycyna 1895)

Mme X..., à la suite de son accouchement, présente tous les signes d'une fièvre puerpérale. Diverses méthodes thérapeutiques sont instituées. Aucune ne donne de résultat. Devant l'état grave de la malade, on fait alors une piqûre d'un *centimètre cube d'essence de térébenthine* seize jours après l'accouchement. La réaction se produit, l'abcès est formé neuf jours après ; on l'incise. En même temps la température s'abaisse et après l'incision de l'abcès elle est définitivement revenue à la normale. La malade est guérie.

Observation 63. *Idem*

Mme X..., présente tous les signes d'une infection puerpérale. L'état ne s'améliorant pas, on pratique neuf jours après l'accouchement *une injection de deux centimètres cubes* d'essence de térébenthine. L'abcès se forme bien ; on l'incise le sixième jour. L'état général est bon et la malade guérit.

Observation 64

PERRET. (L'Obstétrique 1902).

Mme X... accouche le 10 avril ; deux jours après elle a des frissons. Le 22 le malade est pâle, le pouls imperceptible : elle est très faible. Débris fétides dans l'utérus.

Traitement local. La fièvre monte à 40°, et le 30 le nombre des globules rouges n'est que de 713.000; on pratique une injection de térébenthine dans le flanc droit. La fièvre descend un peu. Deux jours après induration au niveau de la piqûre. Le 6 mai l'abcès se forme, mais la température persiste, les globules rouges sont à 800.000. Deuxième injection de térébenthine au niveau du flanc gauche. La température baisse. L'abcès du côté droit s'ouvre, on le panse. L'état général s'améliore. Les globules sont à 1.800.000. Le 13 mai, après un frisson, le thermomètre marque 41°6 ; nouvelle piqûre de térébenthine. Le 15 mai, il y a de l'œdème des membres inférieurs. Depuis lors, la température décroît. Les deux derniers abcès s'ouvrent le 24 mai et le 16 juin la malade tout à fait guérie quitte la clinique Tarnier.

Observation 65

PERRET, Obstétrique 1902

Mme P..., 26 ans, II pare, accouche le 29 juin. Le 3 juillet la fièvre monte ; les lochies sont fétides. Curage et écouvillonnage. Escarres et fausses membranes dans le vagin. La température oscille entre 39° et 40°. Le 6 juillet l'état général est grave, la respiration haletante. Le 7 on injecte 1 c.c. de térébenthine dans le flanc droit. Il se forme un abcès du 8 au 12 juillet et la fièvre est moins forte. Elle remonte le 13. Nouvelle injection de térébenthine au bras gauche. Les escarres ont meilleur aspect. Le 14 juillet, nouvelle poussée thermique, nouvelle piqûre, du côté droit près du premier abcès qui ne s'est pas ouvert. L'état s'améliore, la fièvre tend à disparaître. Les abcès se forment. Le 26 on ouvre celui du côté droit. Le 27 survient une phlébite du membre inférieur droit. Le 28 on ouvre l'abcès du bras gau-

che. A partir du 30 juillet, sauf la phlébite, l'état est normal.

Observation 66

CHÉRON, Obstétrique 1902

Mme X..., multipare, 30 ans, accoucha à terme le 16 novembre à la clinique Tarnier. Le 19 et le 20 la fièvre apparut. L'écoulement lochial est séro-purulent, le col largement béant, la muqueuse utérine saignante et on trouve une petite escarre vulvo-vaginale. Malgré un curage digital suivi d'un écouvillonnage, l'infection persiste. A partir du 28 novembre la température se fixe à 39 et 40°. Des injections quotidiennes de sérum artificiel soutiennent les forces de la malade. Du 1er au 10 décembre la régression utérine commence à s'effectuer, le col se ferme. Le pied droit devient le siège d'un œdème de consistance molle qui régresse pour envahir les membres du côté opposé. Au bout de 8 jours il n'en reste plus de trace. Mais l'état général s'aggrave : langue sèche, amaigrissement, délire la nuit, troubles digestifs, sont de cette aggravation les principales manifestations. Donc le 12 décembre : *injection d'essence de térébenthine* dans le flanc droit. Quelques heures après la réaction inflammatoire est vive. Dès le lendemain la fièvre et le pouls baissent. L'abcès grandit jusqu'au 17 décembre. A ce moment l'état général devient plus mauvais. *Une nouvelle injection* de térébenthine est pratiquée. Elle réagit plus vite que la première et l'abcès devient volumineux. Trois jours après l'amélioration est grande ; six jours après l'apyrexie est complète. Les abcès sont incisés, il s'en écoule un pus jaune stérile, contenant des lambeaux de tissu cellulaire. La malade sort guérie le 3 janvier.

Observation 67

BOUVIER, Thèse de Lille, 1899-1900

Mme A..., 18 ans, primipare, accouche spontanément à la clinique obstétricale de Lille le 23 février. Le 27 la température monte à 39°8. Frisson, céphalalgie, anorexie, Pouls rapide, lochies légèrement fétides. Malgré le traitement local la température persiste et le 9 mars on pratique une *injection de 2 cc. d'essence de térébenthine*. Le 11, la peau est rouge, l'empâtement considérable, la douleur vive. Le 13 l'abcès se forme. La température baisse et il est incisé le 16 mars. Quinze jours après la malade sort guérie.

Observation 68. *Idem*

Mme L..., 23 ans, primipare accouche le 23 mars. Rétention des membranes. Le 27, frissons, lochies fétides, 41° 1, pouls à 130. Le 28, curettage qui ramène des membranes d'odeur putride. La fièvre persiste. Le 7 avril on injecte à chaque bras *2 cc. d'essence de térébenthine*. Le 9 les abcès sont en voie de formation. Le 10 la fièvre cesse brusquement. Le 11 on incise les abcès; 100 grammes de pus s'écoule des incisions. Guérison vite après.

Observation 69

AUDEBERT, 1910, Compte rendu de la Société d'Obstétrique de Toulouse

Mme X..., primipare, 24 ans. Accouche à huit mois de grossesse, le 2 février. Le 9, grand frisson, fièvre à

39° 7, céphalalgie, douleurs abdominales, abattement. Traitement local quotidien, sérum, collargol ne donnent qu'une légère amélioration passagère.

Le 16, l'état général est plus mauvais. La sécrétion lochiale toujours purulente diminue. On pratique tous les jours une injection de Collargol. Le 19, au toucher vaginal on découvre une tumeur faisant saillie dans le cul-de-sac latéral droit. Le 20 l'état général s'aggrave beaucoup. Depuis le 9 la temp. oscille entre 38° et 40°. Colpotomie le 22. Pas d'écoulement de pus. Le tissu cellulaire est simplement infiltré. Le 24. la temp. est à 40°6, *injection d'un centimètre cube de térébenthine*. Dès le surlendemain la fièvre se maintient entre 37° et 38°. L'abcès se forme ; on l'ouvre le 1er mars : grande abondance de pus. Drainage à la gaze iodoformée. Une légère fièvre persiste quelque temps et l'abcès n'est complètement guéri que 54 jours après l'incision.

Observation 70. *Idem*

Mme X..., primipare, 26 ans, accouche le 12 mai à 7 mois. Rupture du cordon suivie de plusieurs tentatives de délivrance artificielle. La température s'élève les jours suivants, les lochies sont fétides et purulentes. Le traitement local n'empêche pas la courbe thermique de l'élever ; le vagin et le col se recouvrent d'un enduit grisâtre, diphtéroïde. Le 21 mai la temp. est à 40°, on injecte *3 cc. d'essence de térébenthine* dans la cuisse gauche. Réaction très vive, tiraillements, œdème. Le 24 l'abcès est formé. Le 26 on l'incise. Il donne issue à une sérosité abondante et louche. La température revient à la normale, puis remonte un peu. L'abcès donne du pus les jours suivants. A la sonde cannelée on trouve une vaste surface décollée. Le lendemain cette surface se desépidermise. Le 4 juin se développe une phlébite du

membre inférieur gauche. L'abcès qui est à ciel ouvert n'est guéri que le 20 juillet. Le 12 août la malade quitte la clinique complètement guérie.

Observation 71

BUCHENAUD. Thèse de Toulouse 1910-1911

Mme X..., 28 ans, multipare, accouche le 18 juillet. La température monte progressivement et est à 39°2 le 23. Les voies génitales sont sphacélées, les lochies d'odeur infecte. Traitement local. La fièvre baisse momentanément. Le 28 on injecte 2 *cc. d'essence de térébenthine* dans le flanc droit. Dès le lendemain à ce niveau une rougeur apparaît qui se développe les jours suivants. Le quatrième jour la zone centrale est violacée et indurée. A partir du 3 août les signes d'inflammation locale s'atténuent ; la température et le pouls baissent. Le 6 août on incise l'abcès qui s'était légèrement ouvert la veille, et qui contient beaucoup de pus. Depuis le 5 la fièvre est tombée. Le 16 août la guérison est complète.

Observation 72. *Idem*

Mme X..., 31 ans, multipare, fait le 11 octobre un avortement de 4 mois suivi, le lendemain d'une délivrance artificielle. Le 13 la température monte. Le traitement local est pratiqué. Mais les lochies restent fétides. Le 15, plaques de sphacèle sur le col et le vagin ; électrargol. Le soir 2 *cc. d'essence de térébenthine* sont injectés dans le flanc droit. Le 16 l'état général est mauvais, streptocoques dans le sang. Douleurs vives au niveau de la piqûre ; elles sont calmées par des applications chaudes. La température reste à 40° ; l'abcès se forme et augmente les jours suivants. Il s'ouvre le 22

spontanément laissant s'écouler une grande quantité de pus. La température est redevenue normale. L'abcès ne se tarit que le 1er novembre. Il n'y a plus de streptocoques dans le sang. Mais le 28 oct. une phlébite de la jambe droite s'est déclarée. La malade est guérie le 28 novembre.

Observation 73. *Idem.*

Mme X.., 19 ans, primipare, est spécifique. Elle accouche à 8 mois. Cinq jours après elle présente tous les signes de l'infection utérine. Elle est rebelle au traitement local. Le septième jour on pratique une injection de 2 *cc. d'essence de térébenthine* dans le flanc droit ; l'état infectieux persiste jusqu'au neuvième jour. A ce moment l'abcès est en formation et sa région douloureuse. Il augmente les jours suivants. La température est à 37°5 le douzième jour. Mais l'articulation coxo-fémorale gauche est douloureuse. Le seizième jour on ouvre l'abcès. Il contient du pus mêlé à de la sérosité. Il est cicatrisé le 24. La douleur de la hanche gauche augmente. Une ponction fait sourdre du pus. Le trente-unième jour la malade ne présente plus de symptômes utérins ; elle est envoyée en chirurgie.

Observation 71
BOISSARD (l'Obstétrique 1908)

Mme X.., primipare, 21 ans. Examinée 15 jours après l'accouchement ; la situation paraît grave ; la température est à 40°, le pouls à 110, Comme l'infection tend à se généraliser, on pratique dans la région antéro-externe de la cuisse droite une injection *de 3 cc. d'essence de térébenthine*. Dès le quatrième jour, une amélioration

générale se manifeste ; l'abcès ouvert le huitième jour contient beaucoup de pus. La malade guérit après avoir présenté une phlébite légère du membre gauche.

Observation 75. *Idem.*

Mme X..., primipare, fait fin janvier un avortement de 4 mois. Le 3 février, un écoulement odorant sort de l'utérus. Le 11 se déclare une phlébite droite. Pendant 9 jours la température atteint 41° tous les soirs. Le 15 on injecte de l'électrargol et du sérum ; le 17, *de l'essence de térébenthine en trois endroits.* On incise un abcès le 22, le 23 les 2 autres. A partir de ce moment la température tombe progressivement et devient normale le 3 mars. Guérison.

Observation 76. *Idem*

Mme X..., est amenée en très mauvais état à l'hôpital pour un avortement de 2 mois et demi le 8 janvier. C'est son septième. On pratique un curettage et une injection de Collargol. Le 11 même état. On injecte *3 cc d'essence de térébenthine* dans la région antéro-externe de la paroi thoracique. La température oscille entre 37° 5 et 39° 5 chaque soir. Incision de l'abcès le 18 janvier. Guérison.

Observation 77. *Idem*

Mme X..., est en travail depuis 3 jours. Le 27 mars on fait sur le fœtus une basiotripsie et une délivrance artificielle. Fétidité extrême des lochies. Le 2 avril la

température est à 41° 4. On injecte par suite d'une erreur *20 cc. d'essence de térébenthine*. Le 4, la température est à 42° ; nouvelle injection de 1 cc. L'abcès est ouvert le 10 avril. La température oscille alors entre 37° 5 et 38°. Le 18 avril la fièvre est tombée, la guérison s'est produite. L'énorme quantité d'essence de térébenthine injectée produisit un énorme gonflement de tout le membre, mais les délabrements consécutifs à la suppuration n'ont pas été plus accentués qu'à l'ordinaire.

Observation 78. *Idem.*

Mme X... accouche spontanément après avoir eu une hémorragie par insertion vicieuse du placenta. Déchirure du périnée. Le quatrième jour la fièvre monte à 39.2, cède momentanément au traitement local, mais reprend, et le septième jour monte à 40,9. Le huitième jour *on injecte 4 cc. d'essence de térébenthine*. Jusqu'au dix-septième jour elle oscille entre 38 et 40° On incise alors l'abcès. Il s'écoule 3 litres de pus. La température se trouve entre 37 et 37,5 les jours suivants. Le vingt-cinquième jour tout est revenu dans l'ordre.

Observation 79. *Idem.*

Mme X..., 36 ans, multipare, accouche normalement le 12 juin. Le 15 la température est à 39°. Elle entre dans le service le 18. L'état est très grave. La température à 40,4, le pouls incomptable, l'abdomen ballonné. Alternative de prostration et de délire furieux ; érythisme cardiaque, embryocardie, mais sans lésions du cœur. Matité à la base du poumon droit. La ponction exploratrice ramène un liquide louche qui contient de nom-

breux polynucléaires et des streptocoques. On fait un écouvillonnage de l'utérus. L'examen du sang montre 5.140.000 globules rouges, 17.600 globules blancs. On injecte sur la face externe de la cuisse gauche *3 cc d'essence de térébenthine* le 19. La nuit est très agitée, incontinence d'urine, 40,2 de fièvre. Au siège de la piqûre rougeur et empâtement. Dès le 20 l'état général est meilleur, la fièvre et le pouls baissent. La réaction locale est plus intense. Le 22 l'état général est meilleur, la ponction exploratrice de la plèvre ne donne rien. L'examen du sang donne : globules rouges, 4.160.000 ; globules blancs, 24.000.

Formule leucocytaire :

Polynucléaires	84,9
Mononucléaires (grands et moyens)	2,5
Lymphocytes	11,7
Eosinophiles	0,5

Le 25 on incise l'abcès ; il s'en écoule 2 verres à Bordeaux de pus, décollement assez étendu. L'amélioration gagne de jour en jour. La fièvre tombe peu à peu et disparait le 10 juillet. La malade sort guérie fin juillet.

Le 24 juin :

Polynucléaires	90
Mononucléaires	3
Lymphocytes	7

Le 27 après formation de l'abcès et son incision :

Globules rouges	4.350.000
Globules blancs	21.000

Equilibre leucocytaire :

Polynucléaires	60
Mononuclaires	30
Lymphocytes	9
Eosinophiles	1

Avant la formation de l'abcès du sang prélevé dans la veine céphalique donne dans bouillon peptoné une

culture de streptocoques. La même opération faite le 23 juin ne donne qu'un résultat négatif.

L'inoculation au cobaye de 20 gouttes du pus de l'abcès de fixation ne donne vingt jours après aucune réaction. L'examen microscopique du pus ne montra pas trace de microbes, mais fit voir des éléments cellulaires très altérés, des polynucléaires très probablement.

Observation 80

Dr COLLIN. (Journal de Médecine de Bordeaux. 1906)

Mme X..., primipare, 25 ans, fait un accouchement gémellaire le 1er juillet. Délivrance naturelle, fœtus mort-né. Trois heures après l'accouchement je constate un gros œdème des membres inférieurs et des grandes lèvres, grande quantité d'albumine ; déchirure du périnée. La température est à 37°1. Les jours suivants la situation s'améliore. Le 4 : légers frissons, température à 38°2, pouls à 100. Cette légère fièvre persiste mais la plaie est guérie ; il n'y a plus d'albumine ni d'œdème. Le 7 la fièvre monte ; suintement séro-sanguinolent. L'écouvillonnage ne ramène rien. Le 8 la température est à 40°, le pouls à 140, dyspnée. Avec la curette je ramène une grande quantité de placenta et de membranes. Le 9 au soir : 41°6, pouls à 150. Dyspnée très vive, 60 respirations à la minute. Injection *de 1 c. c. d'essence de térébenthine* à la partie postéro-externe de la cuisse droite. Balnéation. Même état le lendemain ; 2e *injection* de térébenthine la 1re n'ayant pas réagi. Légère rougeur à cet endroit. Le 11, *3e injection* au même point ; balnéation, caféine, huile camphrée. Le 12 tuméfaction de la grosseur d'une noix ; *4e injection*. Le 13 : grosse réaction au niveau des piqûres, fièvre à 40°2 le soir. Le 14 l'abcès s'ouvre spontanément : 39°4. Les jours suivants l'amélioration s'accentue, la fièvre varie entre 37°8 et

et 38°3, l'abcès coule beaucoup. Du 27 au 2 août la fièvre tombe tout-à-fait, l'abcès se cicatrise. La température remonte un peu pour redescendre définitivement le 10 août. Le 5 septembre la guérison est complète.

Observation 81

BLEYNIE. Limousin Médical 1906

Mme X..., 31 ans, accouche le 21 janvier après avoir présenté trois fortes crises d'éclampsie. La rupture de la poche des eaux avait eu lieu la veille. Le liquide amniotique a une odeur fétide. On pratique la délivrance artificielle. Le lendemain on note 41° de fièvre. Injection intra-utérine. Le 24 violent frisson ; Pouls à 150, température à 41° ; injection de 1000 grammes de sérum. Le 27 très violent frisson. La température est à 42°, le pouls à 164. Depuis lors, abattement, prostration, teint subictérique et terne. L'état va en s'aggravant la température dépasse 40° tous les soirs. Le 30 janvier on injecte 30 cc. de sérum antidiphtérique. 2 jours après l'état est aussi mauvais, on injecte 20 cc. de sérum antistreptococcique et *de l'essence de térébenthine* à chaque cuisse (partie antéro-externe). Les trois jours qui suivent on note une défervescence appréciable du tracé thermique. Nouvelle injection de sérum de Marmorek. La défervescence continue d'une façon remarquable. Les injections de térébenthine ont produit deux plaques rouges, luisantes, dures et limitées par un bourrelet blanc ; l'une à la largeur de la main l'autre est deux fois plus étendue. La suppuration ne s'est pas produite mais un très léger sphacèle est apparu. La convalescence se poursuit, le 17 février la malade sort à peu près guérie.

Observation 82

Dr ROLAND. Poitou Médical 1908

Mme B..., 29 ans, accouche le 13 janvier. Le cinquième jour elle est prise de délire et très agitée. La température est à 40°, la prostration extrême, le ventre est ballonné et douloureux à la pression, les lochies rouges, sans odeur. Injection intra-veineuse de Collargol, caféine, lavages utérins et vaginaux. Le 20 janvier 39°2, subdélirium paralysie des sphincters anaux et vésicaux. Le 30 janvier *on injecte 3 cc d'essence de térébenthine* sous la peau du flanc qui devient rouge, se tend ; il s'y forme un abcès qui est incisé le 5 février ; le pus est jaune et abondant. Le 8 février la température tombe à 37° 8 et redevient rapidement normale. La malade quitte l'hôpital le 20 février.

Observation 83. *Idem.*

Mme P..., 30 ans, accouche le 30 mars. Le 2 avril la fièvre atteint 40°7. Délire, ventre très ballonné, palper assez douloureux, lochies odorantes, état de prostration extrême, frissons prolongés et fréquents. 3 cc. de collargol. Les jours suivants l'abattement est toujours aussi grand, Temp. entre 38°5 et 39°5. On fait plusieurs injections de sérum térébenthiné. Le 9 avril on injecte dans le flanc *3 cc d'essence de térébenthine* L'abcès est assez long à se former. Le 17 avril on l'incise : le pus s'écoule pendant plusieurs jours. Alors la température redescend peu à peu. La malade se lève le 6 mai.

Observation 84. *Idem.*

Mme X... primipare accouche normalement le 2 avril. Tout va bien pendant 10 jours. A ce moment un malaise général et la fièvre interviennent. Le 14, la température est à 39°2 ; le ventre n'est pas sensible, les lochies n'ont pas d'odeur. Quatre jours plus tard le délire est intense, la fièvre oscille entre 39°2 et 40. Aggravation le lendemain. On fait alors une injection de sérum *et d'essence de térébenthine*. 24 heures après la fièvre tombait et 6 jours après on incisait un abcès assez étendu qui suppura quelque temps. La malade guérit.

Observation 85.

VANVERTS. (Echo médical du Nord, 1909)

Mme B..., primipare, 25 ans, accouche normalement le 21 août. Le 26 la température monte à 38°. Le 27 elle est à 39,6. Injection intra-utérine et électrargol. Le 28 le ventre est plat non douloureux, les lochies sont un peu fétides. A noter que la malade a la blennorrhagie depuis 2 mois. On pratique un curettage et on draine. La température persiste. Le 30 on voit des plaques rouges sur diverses parties du corps. On draine. La malade est agitée. Le 5 septembre à la base du ligament large gauche existe un empâtement dur et douloureux. On incise à ce niveau le 8 septembre ; pas de pus. Par contre on note un peu d'œdème du coup de pied de la jambe et cuisse du côté gauche. Les jours suivants la fièvre oscille entre 37,8 le matin et 39,8 le soir. Le 19 septembre *on injecte 5 cc. d'essence de térébenthine* dans la cuisse droite. Le malade se plaint fortement et la tuméfaction est considérable en ce point. Le 26 on ouvre l'abcès d'où sort un verre à bière de pus. Jusqu'au 3

octobre la température monte le soir au-dessus de 39°. Puis elle tombe progressivement et la guérison survient peu à peu.

Observation 86. *Idem.*

Mme F..., II ipare, antécédents tuberculeux. Elle accouche normalement le 27 janvier. Frissons le 30. Le 1er février l'état est grave ; les lochies sont fétides, l'utérus sensible ; la T. à 39,9, le P. à 120. Le curettage ne ramène que quelques débris. On note une légère amélioration les jours suivants. A ce moment apparaissent les signes d'une pleurésie. Le 12 février, une ponction exploratrice ramène du pus séreux. Pleurotomie le 12 qui donne issue à 1/2 litre de pus mal lié. La température baisse aux environs de 37° pendant cinq jours. Le 20 la température remonte à 39,7, puis prend la forme à grandes oscillations : 36° le matin, 39,6 le soir. Le 28 février on injecte *3 cc. d'essence de térébenthine* dans la fesse. La réaction est considérable. Incision de l'abcès le 4 mars ; la température tombe pour ne plus se relever. Le pus s'écoule abondamment. Actuellement l'état est excellent.

Observation 87

BLEYNIE. Revue de Gynécol. d'Obst et de Péd. 1909.

Mme X..., primipare, 23 ans, en travail depuis le 10 janvier a subi plusieurs applications de forceps. Basiotripsie le 12. Le 13 les lochies ont mauvaise odeur ; T. à 39°4, traitement local. Le 14 frissons, diarrhée fétide. 30 c.c. de sérum antistreptococcique. Le teint devient terreux, la température oscille entre 38° et 41° ; 20 c. c.

de sérum de Roux le 17. La température se maintient très haute. Le 23 on injecte dans la cuisse gauche 1 *cc. d'essence de térébenthine*. La température se maintient quelques jours entre 37°5 et 39° à partir du 25, jour où l'on fit une deuxième injection de térébenthine dans la cuisse droite. Le 28 un abcès se forme dans la cuisse gauche. Le 29 même résultat du côté droit. On incise le premier le 7 ; le deuxième le 9 février. Le 27 la malade sort guérie.

Observation 88. *Idem*

Mme X..., accouche le 17 février. Après avoir présenté de la fièvre les jours précédents, le 1er mars elle a un violent frisson et s'aperçoit le lendemain qu'elle a de l'œdème au niveau des chevilles du côté droit et un léger gonflement du poignet du même côté. A l'examen on trouve de l'œdème à la jambe droite remontant jusqu'au genou, et un épanchement dans la synoviale qui est fortement distendue. Le 7 mars l'œdème commence à envahir la cuisse. La température monte le soir à 39°5. Le 11 le thermomètre marque 40° ; 30 c. c. de sérum de Roux. L'arthrite du poignet est franchement établie. Des frissons apparaissent. La courbe thermique est à grandes oscillations. Le 15 on injecte *1 cc. d'essence de térébenthine* à la cuisse gauche. A partir du 17 la courbe se maintient entre 37°5 et 39°. L'arthrite rétrocède manifestement. On incise l'abcès de fixation le 5 avril. L'œdème de la jambe a disparu. La malade sort guérie. Il lui est resté une ankylose du poignet.

Observation 89. *Idem*

Mme X..., primipare, 19 ans, accouche normalement

le 28 avril. Le 3 mai ; léger frisson et la température monte un peu. Le 7 nouveau frisson et le thermomètre marque 39°2. Le 11 après un nouveau frisson : 40, pouls à 120. *On injecte 1 cc. de térébenthine à la cuisse.* A partir du 12 la défervescence se fait régulièrement. Le 23, la temp. est revenue à 37°. L'abcès est incisé 18 jours après l'injection. Le 1 juin la malade quitte le service.

Observation 90

Dr OUI. (Echo Médical du Nord 1904)

Mme F..., 22 ans a fait un accouchement prématuré à 6 mois le 31 août. Plusieurs tentatives de délivrance artificielle furent inutiles.

Une nouvelle tentative du docteur Vanverts est enfin suivie de résultat malgré la grande adhérence du placenta et la rétraction du col. La température monte le soir à 39° ; traitement local. Le 6 septembre les lochies sont très fétides ; grand frisson. Curettage. Mais les frissons et la température persistent. L'état général s'aggrave. *On injecte 2 cc. de térébenthine* dans la région rétro-trochantérienne droite. La température s'abaisse, et le 16 l'abcès formé est incisé. Il s'en écoule un peu de pus. Le lendemain la fièvre est à 40° ; frissons violents. L'écoulement lochial a cessé. On sent une légère induration à la base des ligaments larges. Le 23, nouvelle injection *de 2 cc. de térébenthine* sur la face externe de la cuisse droite. Le 25, léger œdème du membre inférieur droit. Jusqu'au 6 octobre l'abcès évolue lentement. Les frissons sont fréquents ; la malade est pâle, amaigrie, très faible. A partir du 6 octobre une amélioration se produit. La température baisse, les frissons s'espacent. L'abcès augmente beaucoup. Le 15

il s'étend depuis le genou jusqu'au tiers supérieur de la cuisse. On incise l'abcès le 22, il en sort beaucoup de pus ; streptocoques dans le pus. Depuis lors la fièvre ne reparut plus ; l'état s'améliora beaucoup. Le 10 nov. la plaie était cicatrisée et quelques jours plus tard la malade sortait guérie.

Observation 91

Dr de COTRET (L'Union médicale du Canada 1901)

Mme R..., 17 ans, accouche normalement le 14 décembre. Légère déchirure du périnée. A l'examen le placenta paraît entier. Or, le 15 au soir la température est à 102°1/2 F. ; le pouls à 106. Je ne note à ce moment qu'une légère bronchite du côté droit. Aucun signe du côté de l'utérus. Le 16 la température est à 103° F. Au niveau du point où le vagin a été lésé, on trouve une couenne blanchâtre.

Injection intra-utérine et quinine. L'état se maintient stationnaire. Le 17 on donne à la malade des paquets contenant de l'antikamnia, de l'antifébrine et du calomel. La température et le pouls baissent un peu. Le 18 on peut constater que l'utérus fait bien son involution ; par contre le vagin et de plus en plus malade. Il est très sensible et chaud au toucher. Le 19 un curettage ramène des débris de l'utérus. Iodage de la cavité. La température est à 106 0/5 F., le pouls à 128. Le ventre n'est pas sensible. Le 20 décembre, le cas semble désespéré ; le le facies est mauvais, la langue sale, le pouls faible. On injecte 5 grammes de quinine dans la fesse gauche.

Le 21 l'état est encore plus grave. 20 cc. de sérum de Marmoreck sont injectés dans le flanc, et *une injection d'essence de térébenthine* dans la fesse gauche. Quelques heures plus tard on *renouvelle ces injections*. Le

22 apparaissent des signes de pneumonie. Nouvelle injection de sérum et *troisième injection d'essence de* térébenthine, toujours au même endroit lequel commence à se tuméfier et s'enflammer. Mais la fièvre ne diminue pas et la malade est très mal. 4e injection de *térébenthine*. La fesse est rouge, il paraît se former un abcès profondément. Le 23 la température est à 105 F. On attend la mort à tout instant. 5e injection de térébenthine. La fesse est œdématiée. Délire et diarrhée. Le 24 il se forme à la fesse gauche deux escarres. A l'abdomen il y a rougeur et tuméfaction. Un abcès est en voie de formation à la fesse. Il s'ouvre le 25 et coule les jours suivants. La fièvre est toujours à 105° F., le pouls à 140. Le 28 on ouvre l'abcès largement il s'écoule beaucoup de pus. On note un mieux sensible. La température est descendue à 100° F.; mais le délire et la diarrhée persistent jusqu'au 31. A ce moment l'appétit se réveille les yeux ont plus de vie, l'intelligence revient. L'escarre de la fesse tombe le 3 janvier. Un abcès se forme au point ou l'on injectait le sérum. On l'ouvre, il en sort beaucoup de pus. La température ne monte plus au-dessus de 99° F. La malade entre en pleine convalescence.

Observation 92

Dr POUX. (Comptes-Rendus de la Société d'Obstétrique de Toulouse 1910).

Mme M... 1 pare, 21 ans, accouche à 8 mois après une violente hémorragie dûe à un placenta prœvia. Application de forceps et déchirure du périnée ; délivrance artificielle le 15 avril. Le lendemain grand frisson d'une 1/2 heure. Temp. à 40°4, pouls à 140. Traitement local. Le 27 et pendant 3 jours on injecte 20 cc.

de sérum antistreptococcique. Ventre très ballonné, vomissements. Les frissons se répètent tous les jours suivis d'une forte élévation thermique. Le 2 mai diarrhée profuse, oppression, congestion des bases, somnolence, dépression profonde. Les lochies sont purulentes, la plaie périnéale est recouverte d'une couenne grisâtre. Empâtement, très douloureux au niveau de la corne utérine gauche. Traitement local. Le 9 j'injecte 2 *cc. d'essence de térébenthine* dans la cuisse droite. L'injection fort douloureuse ne produisit qu'un tout petit noyau induré. La temp. reste élevée, les frissons se répètent, l'oppression est intense. Le 17 il se déclare une phlébite dans la jambe droite. Le 19 : souffle d'endocardite ; 2e *injection de 2 cc. d'essence de térébenthine* au niveau de la 1re dont il ne reste plus de trace. Le 21, phlébite de la jambe gauche ; œdème de l'avant-bras gauche. Petit abcès au niveau du pli de l'aine gauche. Le 24 frisson intense. Le lieu de l'injection est le siège d'une rougeur et d'une induration assez étendues. Plusieurs frissons le 25, albumine dans les urines, suffocation. On incise l'abcès le 27. Il en sort une certaine quantité de pus et des débris de tissu cellulaire. Le 2 juin l'œdème des membres s'atténue, l'oppression diminue, mais la temp. reste élevée, l'état demeure grave. La fièvre dure jusqu'au 20 juillet. La convalescence suit son cours.

Observation 93. *Idem*

Mme M..., 28 ans, IV pare, avortement de 2 mois le 15 octobre. Le 8 et le 14 étaient survenues deux hémorragies. Le 14 on nota un premier frisson. Le 16 au matin, temp. 39°9. Le ventre est douloureux, les lochies sentent mauvais. Traitement local. Le 17 : 40°5, pouls à 140. Traitement local, électrargol. Le 18 frisson intense, diarrhée fétide. Les frissons deviennent quoti-

diens. On injecte du sérum artificiel. Le 19 on injecte *3 cc. d'essence de térébenthine.* Le soir la temp. était à 36°3 mais le surlendemain elle montait à 39°. Pas la moindre réaction locale. Le 23, douleurs dans le ventre, empâtement au niveau de la trompe droite, vomissements. Le 26 la temp. est à 40°1. Deuxième injection de *6 cc. d'essence de térébenthine*, le soir la temp. est à 35°8. Du pus épais et verdâtre s'écoule par le col. Electrargol les jours suivants. Pas de réaction du côté de la piqûre. Le 1er novembre *troisième injection de 7 cc de térébenthine* faite au niveau de la première. La cuisse rougit et devient douloureuse. Les urines sont très albumineuses. Le 10 on incise cette zone rouge et œdématiée. Il s'en écoule une sérosité louche dégageant une forte odeur de térébenthine. Les jours suivants la suppuration s'établit. La fièvre persiste. Colpotomie le 12, grande quantité de pus. Le 16 : phlébite de la jambe gauche, le 23 : phlébite de la jambe droite. A partir du 25 la courbe de la temp. est à grandes oscillations. Le 28 le pouls faiblit, les frissons persistent. Le 10 décembre, douleurs dans les muscles des membres et de la nuque dans diverses articulations dont certaines sont tuméfiées. Le thermomètre marque 39°9 ; érythème scarlatiniforme, grand frisson, sensation d'étouffement. L'état semble désespéré. Le 11 et le 12 un mieux se produit, la fièvre baisse pour disparaître le 16. L'état général se relève peu à peu.

Observation 94

AUDEBERT. (Comptes-rendus de la Société d'obstétrique de Toulouse 1910)

Mme F.., primipare rachitique, accouche à la suite d'une symphyséotomie. Neuf jours après, frissons ; tempér. à 39°7, p. à 120. Les jours suivants le thermo-

mètre se maintient à 40° et le quinzième jour à 41°, à la suite d'une injection de collargol. Le dix-septième jour on injecte de *l'essence de térébenthine* en deux endroits. Dès le lendemain la température s'abaisse notablement. L'état s'améliore le lendemain. Le vingt-unième jour l'un des abcès est incisé ; deux jours après on ouvre l'autre. Le trentième jour la malade est tout à fait rétablie.

Observation 95

Dr VENOT (Comptes rendus de la Société de gynécologie, d'obstétrique et de pédiatrie de Bordeaux 1911)

Mme X.., âgée de 33 ans, présente le 6 février une métrorragie très abondante, Le 7, à l'exploration utérine, on trouve un fœtus de 3 mois environ. Curettage et lavage intra-utérin. Le 8 février, le facies est grippé, le pouls faible. Malaise, anxiété, céphalée. Temp. à 38°. Le 9, l'état est stationnaire. Le 10, la malade présente un grand frisson qui se renouvelle les jours suivants. Il s'accompagne d'une élévation de temp. à 40°. Le matin le thermomètre redescend à 37°. La peau est sèche, la langue saburrale les urines légèrement albumineuses. La malade est très déprimée, délire. Le ventre est souple, pas de réaction péritonéale. Le 12 février on fait *une injection de térébenthine* à la face externe de la cuisse droite. Le 14 *on en fait une deuxième* à la cuisse gauche. Le 15 et le 16 la fièvre baisse, mais l'état reste inquiétant. Les jours suivants la situation s'améliore beaucoup. Les abcès se forment et la suppuration est abondante. A partir du 24 la fièvre a disparu et la malade quitte l'hôpital le 3 mars en bonne santé.

Observation 96

CAZANOVE. (Comptes rendus de la Société d'Obstétrique de Toulouse, 1909)

Mme P..., 29 ans, primipare, accouche le 18 décembre normalement. Le 23 le thermomètre marque 38,8. Traitement local ; mais l'état ne fait que s'aggraver. Le 26 curettage et iodage. La malade présente une angine pultacée. Le soir la T. est à 40,3. Le 27 l'état est très grave. On injecte 1 cc de térébenthine à la cuisse droite (face supéro-externe). pas de réaction locale. Le 29 la cuisse gauche reçoit *1 cc. de térébenthine*. Les jours suivants la fièvre se maintient à 40°. Diarrhée et dyspnée. Le 4 janvier : empâtement douloureux à l'avant-bras gauche. Le 5 la fluctuation apparaît. Du 6 au 13 la température descend au-dessous de 37. L'abcès est incisé. La malade ressent des élancements dans la cuisse droite et on découvre sur sa face antérieure en sa partie médiane un abcès fluctuant qui grossit beaucoup et est incisé le 20. Il en sort beaucoup de pus qui paraît dégager une odeur de térébenthine. L'injection avait été faite bien au-dessus du point où cet abcès s'est formé. La guérison ne se fit pas attendre.

Observation 97

Dr METZGER. (Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris. Avril 1911)

Mme B..., 46 ans, IIIe pare accouche le 14 décembre à la suite d'une application de forceps d'un enfant mort-né baignant dans un liquide très fétide. La température est à 38° 5. Traitement local. Le 18 la température descend à 37° mais elle remonte à 40° les jours suivants.

Balnéation froide, sérum antistreptococcique. L'état devient très grave, les frissons se répètent, la culture du sang est négative le 26. Le 29 on constate des râles sous-crépitants aux deux bases du poumon. Température 40° 5. Le 30 : submatité à la base droite. Température 41° 1. Le 31 l'état est alarmant ; dyspnée intense. On injecte *5 cc. de térébenthine* au niveau de la paroi abdominale. Le 1er janvier la dyspnée est intense. Matité à la base gauche, souffle, égophonie, pectoriloqui aphone. La pointe du cœur est déviée à droite. Du côté droit : bronchophonie, souffle, râles crépitants qui augmentent les jours suivants, ainsi que les signes d'épanchement du côté gauche. Le 9 janvier une ponction ne donne pas de résultats. Le 13, expectoration rosée et visqueuse qui croît les jours qui suivent. L'amélioration de l'état se fait tous les jours : la malade sort le 5 février à peu près guérie. L'abcès de fixation qui avait évolué lentement fut incisé le 29 janvier. Le pus s'en était écoulé avec abondance. Il était stérile. A partir du 6 janvier la température n'a pas dépassé 38°.

Observation 98

Recueillie dans le service du Pr Bar.

(N° de l'observation : 1098).

Mme D..., 20 ans, Ipare, accouche le 13 juillet 1911 et rentre à l'isolement de la clinique Tarnier, le 21 juillet 1911. Elle n'a pas d'antécédents pathologiques. Le 21 juillet le col est largement ouvert, le fond de l'utérus remonte à l'ombilic et est douloureux au niveau de ses deux cornes. On pratique une injection intra-utérine iodée qui ramène des caillots et des débris de membranes. Écouvillonnage, curettage, injections vaginales d'eau oxygénée, glace sur le ventre. La malade a un

frisson de courte durée. La glace et l'eau oxygénée sont continuées les jours suivants. Le 25 juillet on pratique l'iodage de la cavité utérine. Il y a de la rétention lochiale. Le 26 il s'écoule un verre de pus de l'utérus ; nettoyage à la compresse, iodage, injection intra-utérine. Le 27 ce n'est plus du pus mais de la sérosité rougeâtre. Tous les jours suivants même traitement auquel on ajoute des bains à 20° et de la glace sur le ventre. Le 2 août quelques frottements pleuraux à gauche. Température oscillant entre 37° et 40°. Le 6 août la fièvre monte à 40°6 ; *on pratique une injection d'essence de térébenthine*. La fièvre tombe brusquement. Le 7 août au toucher l'utérus est gros. Des deux côtés grosses masses annexielles, périmétrite. Le traitement journalier est le suivant : Injection vaginale à l'eau oxygénée, mèche dans l'utérus imbibée de sérum antidiphtérique, glace sur le ventre. La température oscille entre 37° et 38°. L'abcès de fixation ne tarde pas à se former, il est incisé et recouvert d'un pansement humide le 9 août.

Le 16 août, les masses annexielles ont beaucoup diminué. Un sondage de la vessie ramène des urines claires.

Le 23, l'utérus a diminué de volume, on trouve encore une grosse masse du côté gauche.

Le 24, on panse la cuisse avec de la lactobaciline.

Le 5 septembre on constate la formation d'un deuxième abcès. Une large incision est pratiquée par laquelle s'écoule abondamment du pus. Les urines sont chargées. On panse la cuisse avec une mèche trempée dans l'alcool et l'eau oxygénée.

Le 7, la plaie de la cuisse va bien. Elle est nettoyée le 9 à l'alcool et à la teinture d'iode. Afin d'en rapprocher les lèvres on pose deux points de suture. Dans le trajet on place une mèche.

La malade sort de la clinique le 25 septembre 1911.

Observation 99

(Recueillie dans le service du professeur Bar, n° 366)

Mme D..., 21 ans, primipare, entre à la clinique Tarnier le 8 mars 1912. Pas d'antécédents pathologiques, sauf de l'anémie à 16 ans qui guérit vers 18 ans avec cependant persistance de règles irrégulières et pertes blanches. La grossesse a bien évolué et elle accouche normalement le 2 mars d'un enfant de 7 livres. La délivrance est également normale.

Le jeudi 5, frissons d'intensité moyenne, fièvre, mal de tête, lochies rouges. C'est dans cet état qu'elle entre à l'isolement. On trouve alors des râles ronflants et sibilants à la base gauche. Utérus à mi-chemin de la symphyse et de l'ombilic, antéfléchi, lochies purulentes ; col perméable, utérus mobile. On pratique des injections vaginales d'eau oxygénée, une injection intra-utérine iodée, une injection sous-cutanée d'un ferment métallique. Même état et même traitement jusqu'au 15. Dans la nuit du 15 mars transpiration abondante, 800 gr. d'urine dans les 24 heures, lochies moins purulentes. La température monte le soir à 40°. A 4 heures du soir, la température ayant atteint 40°6 on injecte *2 cc. d'essence de térébenthine dans la cuisse droite.*

Le 16 mars 38°, lochies toujours purulentes, injection vaginale, glace, injection sous-cutanée de ferment métallique. A 6 heures du soir *l'abcès de fixation est en voie de formation.*

17 mars, pendant la nuit le malade a beaucoup transpiré, l'abcès de fixation s'étend de plus en plus. La fièvre diminue progressivement.

Le 18 et le 19 l'état général est satisfaisant. La malade urine 1.500 grammes. L'abcès prend de grandes proportions ; il fait le tour de la cuisse sur une largeur

de 10 cent. Depuis lors la température ne monte guère au-dessus de 37°

Le 20 mars, il continue à évoluer sous forme lymphangitique ; pas de fluctuation,

Le 21 mars, au-dessous du condyle externe on trouve une zone fluctuante ; le placard lymphangitique pâlit.

Le 23 mars, *incision de l'abcès* en plusieurs endroits ; sur la partie externe de la cuisse droite au 1/3 inférieur on fait deux incisions de 2 à 3 c. sur la région la plus fluctuante. Il s'écoule un pus épais et vert renfermant des polynucléaires des lymphocytes et des débris cellulaires. On fait 6 autres petites incisions. Pansement sec, teinture d'iode. Deux drains.

Le 27 mars, l'abcès est en bonne voie de guérison. La malade urine 2.500 gr. On sent dans le cul-de-sac latéral gauche une petite masse dure bombant vers le vagin. L'utérus n'est pas douloureux.

Le 2 avril la malade commence à se lever.

Le 7 avril l'utérus est petit, mobile, on ne trouve rien sur les parties latérales.

Le 8 avril la femme sort en bon état ; l'enfant se porte bien.

Observation 100

(Recueillie dans le service du Dr Bar. N° 806)

Mme H..., II pare, 25 ans, entre à la Clinique Tarnier le 27 mars 1912 à sept mois de grossesse pour se reposer. Elle n'a pas d'antécédents pathologiques et la première grossesse a été normale. Le 15 juin les douleurs apparaissent, la dilatation est complète mais la tête est mobile au-dessus du détroit supérieur.

On fait une injection de pituitrine qui provoque des

contractions subintrantes amenant l'accouchement ; la délivrance est naturelle et complète. Le 21 juin on note de la lymphangite des deux seins, accompagnés d'une hausse thermique à 40°. Le 23 la fièvre est de nouveau à 40°. A l'examen l'utérus est un peu gros, antéfléchi, le col à peine perméable, les lochies fétides. Le 24 le Dr Devraigne examine la malade et trouve un utérus remontant à trois travers de doigt de l'ombilic, indolore et mobile, un col largement béant, tongueux. Le 25 une injection intra-utérine iodée ramène des débris membraneux. Injection sous-cutanée de 30 cc. d'Electrargol; grand frisson de 30 minutes, claquement de dents, température à 41°. Le 26 la température est à 37°, les pommettes sont très rouges, les lochies abondantes. Le 27 on observe une succession de petits frissons ; à chaque frisson la malade pâlit, les lèvres et les ongles sont cyanosés. Les lochies sont rouges et sans odeur. Le 28 nouveau frisson de 20 minutes avec claquement de dents, fièvre à 40°. La face externe de la cuisse droite *reçoit un cc. d'essence de térébenthine.* Le soir nouveau frisson et température à 40° L'utérus est à mi-chemin de l'ombilic et de la symphyse, dur, pas douloureux, le col légèrement entr'ouvert. Rien dans les culs-de-sac ; les lochies sont rouges.

Le 29 le ventre n'est pas ballonné, il est souple, on sent un bourrelet transversal indolore dans le fond du cul-de-sac gauche. On note 3 frissons durant de 20 à 30 minutes avec une température variant de 39°5 à 40°4. Les lochies sont purulentes. Le 1er bruit du cœur est assourdi. Digitale et sérum anti-streptococcique. L'état général est meilleur. Le 2 juillet au niveau de l'injection de térébenthine se trouve un placard rougeâtre de la grandeur de la paume de la main chaud et douloureux. L'utérus est à 3 travers de doigt de l'ombilic, dur, mobile et indolore largement ouvert ; les lochies sont encore purulentes. On pratique l'iodage de la cavité utérine. Le 4

juillet léger frisson ; les lochies sont rouges sans odeur. On fait des injections quotidiennes d'eau oxygénée dans le vagin ; glace sur le ventre. L'abcès de fixation rétrocède. Les jours suivants on note encore de petits frissons, les lochies sont sans odeur, de coloration rouge. L'abcès de fixation diminue toujours ; la température oscille entre 37°5 et 39°5. Le 9 juillet le pouls est rapide mais régulier, le 1er bruit légèrement soufflant, la température tend à descendre. Le 12 juillet l'utérus n'est plus qu'à 2 travers de doigt de la symphyse. Le 13 l'abcès de fixation est douloureux ; à partir du 16 il n'est plus sensible et la malade est en bon état. Il n'y a plus de fièvre. A l'examen l'utérus est petit, ferme, indolore. Les jours suivants la malade se lève et elle quitte la clinique en très bon état le 26 juillet.

Observation 101

Recueillie dans le service du Professeur Bar, n° 1588

Mme E..., primipare, 21 ans, entre à la clinique Tarnier le 4 décembre 1912 en travail à 6 mois de grossesse. Le fœtus ne donne plus de signe de vie depuis 3 semaines. L'expulsion se fait sans incident mais on note une rétention de la caduque. Le fœtus est macéré ; le placenta est gros ; la syphilis est soupçonnée bien qu'on ne trouve aucune trace de la maladie. Le 6 décembre on pratique un écouvillonnage qui ramène des membranes et un peu de placenta. On passe la cavité utérine à la teinture d'iode. Après un léger frisson la température est le soir à 40°, le pouls à 140, l'utérus douloureux. Le 7, il y a une amélioration des symptômes précédents mais les lochies sont fétides. Le 8 l'utérus est très douloureux sur le côté gauche ; douleurs abdominales violentes, application de glace sur le ventre. Le 9, léger frisson ; temp. à 39° ; on fait une *in-*

jection d'essence de térébenthine à la cuisse droite. A ce moment les lochies sont purulentes et fétides, l'abdomen ballonné, l'utérus à deux travers de doigt de l'ombilic et dévié à gauche ; la corne gauche est très douloureuse, le col est largement ouvert. Les jours suivants l'état s'améliore un peu. *Le 13 l'abcès de fixation est formé*, la ventre est plus souple et moins douloureux. On place sur l'abcès des compresses humides et tièdes. Le 16 la température n'est plus qu'à 37°4, l'état général est meilleur, le ventre moins douloureux, les lochies moins purulentes. *On incise l'abcès*. Il s'écoule beaucoup de pus. L'écoulement continue les jours suivants. Pansement humide et teinture d'iode sur l'abcès. Le 21 il n'y a plus de lochies ni de douleurs du ventre. L'abcès est en très bonne voie de guérison. La fièvre tombe complètement, la malade se lève le 30 décembre et quitte la clinique le 5 janvier dans un très bon état.

Observation 102

Recueillie dans le Service du Pr Bar (n° du registre: 1620)

Mme L..., 20 ans, primipare. Enceinte de quatre mois elle présenta à la vulve quelques boutons. Elle alla consulter à l'hôpital Broca. On fit le diagnostic de syphilis et on la traita par des piqûres. Elle arrive à la clinique le 11 décembre 1912, enceinte de 7 mois 1/2. Le 12 elle expulse un fœtus mort et macéré de 1670 gr. La délivrance se fait un quart d'heure après. La placenta pèse 410 grammes.

Le 14 décembre les lochies sont fétides. Le lendemain la température et à 40°6, le pouls rapide, le ventre un peu tendu, de la céphalée.

Le 16 l'examen montre un utérus antefléchi, de la la rétention des lochies. On procède au traitement

local. Le 17, la température atteint 40°4, le ventre est douloureux dans la région épigastrique, l'état ne s'est pas amélioré. On injecte 50 cmc. d'électrargol et *un centimètre cube d'essence de térébenthine* à la cuisse droite.

Le 18, T. 38, le ventre est souple et indolore, l'état général s'améliore les jours suivants.

Le 27 décembre, *on incise l'abcès de fixation qui s'est formé* ; la quantité de pus qui s'en écoule est très abondante. Il en sort encore les jours suivants. Le 29 on y met de la teinture d'iode. L'état général est bon. Depuis le 23 la temp. n'est pas montée au-dessus de 37°.

Le 2 janvier la malade accuse une douleur dans l'aîne gauche. La temp. monte et atteint 39° le 4. La jambe gauche enfle les jours suivants ; on la met dans une gouttière.

Le 6, le Dr Devraigne constate à l'endroit de l'abcès de fixation une plaie ovalaire de cinq centimètres de long à bords épais et laissant apparaître le plan musculaire. Il y a un décollement vers la partie postérieure de la cuisse. Traitement à la bouillie lactique épaisse.

Le 11 janvier il y a un léger œdème de la cuisse et de la jambe gauche avec de l'hydartrose du genou. L'abcès de fixation est en bon état le 13 janvier. La température regagne 37°.

Le 15, la jambe droite est très douloureuse. L'abcès est soigné à la lactobacilline, la jambe mise dans une gouttière. Le 17 on note de l'hydartrose du genou droit.

Le 21, l'abcès de fixation est en partie fermé et presque cicatrisé le 31 janvier. Le 5 février il n'y a presque plus d'hydartrose ; les jambes sont retirées des gouttières.

Le 18 l'abcès de fixation suppure encore un peu. La malade commence à mobiliser un peu ses jambes, mais les mouvements sont très douloureux. Elle se lève le 4 mars ; elle va bien. L'abcès de fixation suppure encore le 8 mars. Le 13 mars elle quitte le service tout à fait guérie.

Observation 103

Recueillie dans le service du Pr Bar. (n° 84)

Mme B..., 20 ans, primipare, entre à l'isolement de la Clinique Tarnier le 19 janvier 1913. Ses antécédents sont normaux. La grossesse évolue bien jusqu'à 4 mois. A ce moment survient une petite hémorragie qui se calme. Des douleurs apparaissent et le 19, le soir de son entrée à l'hôpital, elle expulse un fœtus de cinq mois.

L'accouchée a de l'endométrite et toutes les membranes sont retenues.

Le 21, la température est élevée, M. Devraigne fait un curettage et un écouvillonnage qui, ramènent beaucoup de membranes. La température reste élevée.

Le 22, la malade vomit ; la température a un peu baissé, Le ventre est mat au niveau du colon ascendant. L'utérus est à mi-chemin de l'ombilic et de la symphyse. Le ventre n'est pas douloureux.

Le 23 janvier, le ventre est souple ; les lochies sont grisâtres. Temp. à 40°6. On fait alors *une injection d'essence de térébenthine*, une piqûre de rhodium, que l'on continue les jours suivants, 300 gr. de sérum sous cutané. Pas de vomissements.

Le 24, le ventre paraît un peu plus ballonné, il est souple.

Le 25, la température a beaucoup baissé, pas de nausées ni vomissements, douleurs dans les cuisses.

Le 27, au niveau de l'injection de térébenthine on trouve un placard rosé de lymphangite. Le ventre est petit et fermé.

Le 28, la malade a un meilleur aspect général. Les membres inférieurs, surtout le droit sont moins douloureux.

Le 29, le ventre est bien moins ballonné et n'est plus

douloureux. Le placard lymphangitique de la cuisse a disparu.

Le 31 le malade n'accuse plus aucune douleur aux membres inférieurs, elle urine 1500 gr., l'état général s'améliore de jour en jour.

Le 8 février la malade se lève une heure, la fièvre a disparu.

Le 11, la malade souffre de la jambe gauche. M. Devraigne constate un gonflement et au palper de la fluctuation au-dessous de l'emplacement de l'abcès de fixation.

Le 12, *on incise cet abcès.* Il s'écoule une très grande quantité de pus mélangé de sang de coloration marron. On met un drain et un pansement sec. La température remonte et atteint le 14 40°2. Fièvre et éruption généralisée qui disparaît le lendemain.

Le 16, la malade a 40° de fièvre et se plaint de la gorge.

Le 17, l'état général est meilleur ; la température baisse. L'abcès donne beaucoup ainsi que les jours suivants.

Le 23, au-dessous de l'abcès se trouve une zone rouge très empâtée et douloureuse qui, le lendemain, présente un point central qui s'ouvrant le 25 laisse s'écouler beaucoup de pus. L'abcès de fixation ne suppure plus

L'état général est très bon, cependant la malade a encore de la fièvre.

Le 8 mars, les plaies de la cuisse paraissent tout à fait guéries.

Le 11 mars, elle sort du service guérie.

Observation 104

(Recueillie dans le service du Pr Bar, n° 430)

Mme M..., 28 ans, II pare, arrive en travail à la cli-

nique Tarnier le 30 mars 1913. Pas d'antécédents pathologiques ; la première grossesse s'est normalement passée. Les dernières règles remontent au 10 juillet. L'accouchement se passe sans incident. La délivrance est naturelle, mais le placenta sort découronné. L'écouvillonnage pratiqué le 31 ramène une grande quantité de membranes et un fragment de cotylédon placentaire. Le 1er avril les lochies sont fétides, l'utérus gros et mou et la température monte à 39 et 39,6. Elle baisse le jour suivant au matin pour remonter à 39,8 le soir. Le 3 avril l'utérus ne s'est pas modifié ; il est largement ouvert. *On injecte dans la cuisse gauche 1 cc d'essence de térébenthine.* A ce niveau il y a le 4 un placard rose de la grandeur de la paume de la main. Il est de dimension double le lendemain. De même le 7 ; on trouve alors au point injecté un noyau d'induration, qui augmente les jours suivants pendant que le placard rouge pâlit de plus en plus. La température oscille alors entre 37 et 38°. Le 8 avril le col est presque entièrement refermé le ventre souple, l'injection est à trois travers de doigt du pubis. Brusquement dans la soirée du 10 et du 11 la fièvre dépasse 40° sans raison pour l'expliquer après quoi la température redevient normale ; la malade se sent mieux. Le 14 la fièvre a disparu ; l'abcès de fixation (dont l'évolution était restée stationnaire les jours précédents) est tout à fait formé. On trouve une fluctuation très légère ; à son niveau la peau est rouge et chaude. *On l'incise.* Il s'en écoule un verre à Bordeaux de pus grumeleux ; la température remonte les jours suivants ; le 17 l'abcès suppure encore un peu. L'utérus est à trois travers de doigts au dessus du pubis légèrement antéversé et légèrement incliné à droite ; le col est refermé. Sur le côté gauche de l'utérus on perçoit une masse du volume d'une petite mandarine, douloureuse à la pression. Glace sur le ventre ; le 18 on note en plus de l'empâtement du côté droit ; le thermomètre marque 39° Le

19 l'état général est bon mais de chaque côté de l'utérus on trouve une masse d'une grosseur d'une mandarine peu douloureuse à la pression ; le 20, même état ; le 24 léger écoulement sanguinolent. Au toucher les masses latérales utérines ont un peu diminué surtout du côté gauche ; l'état est meilleur et s'améliore les jours suivants ; le 5 mai la fièvre a disparu ; à droite on sent une masse du volume d'une noix, dure et indolore. L'abcès de fixation est cicatrisé, le 6 la malade sort à peu près guérie.

Entrons dans l'analyse des faits et passons d'abord en revue les divers facteurs étiologiques.

L'âge. — De 17 ans (obs. 34) à 46 ans (obs. 97) à peu près tous les âges sont représentés ; leur moyenne se place entre 25 et 26 ans. Elle est à peu près la même dans les cas terminés par la mort. C'est dire qu'il ne faut pas attacher d'importance a ce facteur. Cela se comprend puisque les dates extrêmes de possibilité de production de l'infection puerpérale sont incluses dans le stade d'épanouissement complet de toutes les ressources de l'organisme. Dans les autres affections il n'en est pas ainsi, aussi est-ce peut-être pour cela que les résultats de la méthode ne sont pas si encourageants dans la pneumonie par exemple qui frappe souvent des vieillards dont la résistance est émoussée.

Le nombre d'accouchements antérieurs a-t-il plus d'influence ? Si oui c'est à l'avantage des primipares qui sont plus nombreuses que les multipares dans les cas

de guérison, moins nombreuses que ces dernières dans les cas de mort. Sur 69 cas de guérison où le nombre d'accouchements est mentionné nous trouvons en face de 31 multipares, 38 primipares.

Modalités de l'accouchement. — Parmi les observations qui mentionnent l'expulsion du fœtus, on trouve 13 cas d'avortement, 8 cas d'accouchement prématuré, 17 cas dans lesquels l'accouchement est pénible, nécessitant une intervention (forceps, version, symphyséotomie, basiotripsie). Chez 13 femmes on a eu recours à la délivrance artificielle ; 27 fois l'accouchement et la délivrance semblèrent tout-à-fait normaux.

Le temps qui s'est écoulé entre l'accouchement et le début de l'infection a beaucoup varié ; les symptômes infectieux pouvant faire leur apparition le jour même (Obs. 12, 44), comme ils ont pu attendre 14 jours (Obs. 35) avant de se déclarer. Entre ces deux points extrêmes se loge la série ininterrompue des intermédiaires. La moyenne des cas nous conduit au troisième jour de l'accouchement.

Tout comme le début, l'aspect clinique et l'évolution ont différé. Le tableau clinique a varié suivant les germes, mais surtout suivant les points de l'organisme où ces derniers portèrent leur action.

Les observations exposées ci-dessus ont chacune une allure particulière. Elles ont trait à des formes septicémiques, pyohémiques ou même localisées (Obs. 14, 35, p. ex.) Mais ces dernières formes sont les moins fréquentes, le plus souvent l'infection étant généralisée

(Obs. 1, 12, 15, 24, 26, 30, etc.) On trouve des staphylocoques dans le sang dans l'obs. 26, des streptocoques dans les obs. 72, 79. Au moment de l'intervention, dans tous les cas, l'état des malades présentait au moins une certaine gravité. Quelquefois la situation semblait désespérée, et si l'on eut recours au traitement c'est en désespoir de cause et plus pour utiliser la valeur pronostique de la méthode que sa valeur thérapeutique. (Obs. 1, 91, etc.)

Voyons maintenant quelle importance il faut accorder au mode d'emploi du traitement.

Bien souvent on a fait appel, nous l'avons dit à plusieurs traitements. On a presque toujours commencé par essayer le traitement local (injections antiseptiques, curettage, écouvillonnage, etc). Dans aucun cas il n'a suffi, car l'infection avait déjà franchi l'endomètre. Devant l'aggravation des symptômes la conduite tenue a varié. Certains auteurs ont alors employé la méthode de Fochier (obs. 5, 6, etc); d'autres ont eu recours auparavant à d'autres procédés (sulfate de quinine, sérum antistreptococcique, collargol, rhodium, etc) ; d'autres enfin ont employé simultanément ces divers traitements mais même souvent dans ces cas il y a eu une telle concordance entre l'évolution de l'abcès et l'amélioration de l'état général (l'abaissement de la température notamment) qu'on ne peut s'empêcher de voir là une relation de cause à effet. Les péripéties diverses des abcès ont eu dans l'évolution des symptômes un reflet des plus nets.

L'injection de térébenthine resta-t-elle au début sans provoquer de réaction locale ? L'état général se maintint alors stationnaire, et ce n'est que lorsqu'enfin elle se produit, qu'apparaît l'amélioration de l'état (obs. 36, 37, 39, 42, 80, etc.)

A quel moment a-t-on employé la méthode de Fochier ? Dans certains cas on y a eu recours dès le premier jour de l'infection (obs. 36, 37, 45, 50, 54, 60). Dans l'obs. 30 les accidents duraient depuis déjà 58 jours ; depuis 36 jours dans l'observation 26. En prenant la moyenne des 70 cas dans lesquels les dates sont nettement mentionnées, on tombe entre le huitième et le neuvième jour après le début des accidents, ce qui étant donné la gravité de l'infection est une date bien tardive.

Certains accoucheurs ont employé la méthode de Fochier les premiers jours et sans avoir auparavant appliqué d'autre traitement. D'autres, au contraire, y ont eu recours tardivement, et surtout dans les formes pyohémiques, alors que les autres thérapeutiques avaient échoué. Ces différences dans l'application de la méthode rendent évidemment ces observations difficilement comparables, mais, puisque nous envisageons dans ce chapitre les seuls cas suivis de succès, ces inégalités ne tendent qu'à prouver l'efficacité de la méthode.

A quel endroit ont été pratiquées les injections ? Par ordre de fréqence voici les points d'élection dans les observations où le fait est mentionné : le flanc ; la cuisse ; l'empreinte deltoïdienne ; la fesse ; le mollet ; la paroi thoracique (1 fois).

Combien d'essence a-t-on injecté? Dans un certain nombre de cas 1 cc d'essence a suffi pour déterminer l'abcès et la guérison (obs. 7, 69, 98, 100, 102). D'autres fois d'emblée on a eu recours à 2 cc (obs. 26, 27, 63, 67, 71, 72, 73, 90, 92) ; à 3 cc (obs. 74, 76, 79, 82, 83, 86, 93) ; à 4 cc (obs. 78) ; à 5 cc (obs. 85) ; à 6 et 7 cc (obs. 93). Enfin par suite d'une erreur à 20 cc (obs. 77). On a vu que cette dose formidable avait été bien supportée. Telles sont les doses que l'on a employé en une fois ; voyons maintenant combien d'injections chez la même malade ?

Une seule le plus souvent a suffi. (Obs. 2, 7, 10, 11, 12, etc.) Certains auteurs ont préféré en pratiquer simultanément deux. (Obs. 1, 8, 23, 24, 30 etc.) On est allé jusqu'à trois dans l'observation 75. Lorsque la réaction tardait on a essayé de l'obtenir par deux moyens ; Soit le plus souvent en faisant de nouvelles injections en des endroits différents. C'est ainsi que dans les obs. 35, 40, 42, 49 etc.) on a fait consécutivement 2 piqûres ; qu'on en a fait 3 dans les obs. 39, 46 etc ; 4 (obs. 36, 37, 44, 50 etc.) ; 5 (obs. 43) ; 6 (obs. 41) ; soit en introduisant l'essence toujours au même point à 2, 3, 4 et cinq reprises (obs. 5, 6, 80, 91, 93.) Dans tous ces cas on est arrivé au résultat cherché ; ce qui montre qu'on ne doit pas se décourager après l'échec d'une première tentative. Si la 1re injection sans être nulle ne donne qu'un faible réaction, une nouvelle injection pratiquée alors réagira beaucoup mieux si toutefois entre temps l'état général ne s'est pas aggravé.

A quel moment est apparu l'abcès : C'est là un point assez difficile à préciser le fait n'étant pas toujours mentionné et le plus souvent d'une façon peu précise. 43 fois cependant on peut s'en rendre compte.

La formation de l'abcès peut être très tardive. Le 24e jour dans l'obs. 96 ; le 19e dans l'obs. 103. Ces deux cas sont à rapprocher non pas tant à cause de la lenteur exagérée de la réaction que pour un fait très particulier qu'il est difficile d'expliquer. Le pus s'est en effet formé assez loin du point d'injection. A part ces cas à allure un peu spéciale et l'observation 27 où la fluctuation n'apparut que le 20e jour, le 13e et 14e jour sont les dates les plus tardives (Obs. 28, 48). Dans l'obs. 99 c'est dès le premier jour que naquit l'abcès fixateur ; dès le deuxième dans les obs. 24, 35, 98. Entre ces deux extrêmes toute une gamme. *En moyenne il est formé le 6e jour.*

L'abcès n'est d'ailleurs pas la 1re manifestation de la réaction. Il n'en est que la conclusion. Le plus souvent c'est une heure après l'intervention qu'apparaît une violente douleur, que l'on calme en général très bien avec des applications humides et tièdes ; exceptionnellement on a dû avoir recours aux injections de morphine. Puis survint autour de la piqûre de la rougeur des téguments, bientôt suivie d'un empâtement, douloureux au toucher, qui va les jours suivants en augmentant jusqu'à la formation de l'abcès ; mais à partir de ce moment les douleurs spontanées ont en général disparu. La fluctuation, quand elle exista, fut le plus

souvent difficile à percevoir. Au niveau du point d'injection s'est souvent formé une petite pustule.

Presque toujours la suppuration conserva un foyer très restreint ; très rares sont les cas où l'abcès prit des dimensions volumineuses qui n'eurent d'ailleurs aucune conséquence fâcheuse (obs. 90, 99). Fochier en décrivait deux formes : la forme antracoïde et la forme résiduelle qui est celle qui n'a pas tendance à s'ouvrir. Dans un seul cas la réaction prit un air tout particulier (obs. 81). Les injections térébenthinées produisirent deux plaques rouges, luisantes, dures et limitées par un bourrelet blanc ; l'une ayant les dimensions de la paume de la main, l'autre deux fois plus étendue. Au lieu de la suppuration habituelle il se produisit un léger sphacèle de la peau. En somme une véritable dermite rappelant l'érysipèle. Cette allure spéciale à quelle cause se rattache-t-elle ? C'est ce qui est difficile à préciser. Peut-être les injections auraient-elles été faites trop superficiellement ?

Quand le pus a-t-il été évacué? Quelquefois l'injection de térébenthine ne donnant lieu qu'à des phénomènes subaigus, l'incision n'ayant pas été jugée utile, l'abcès s'est résorbé peu à peu laissant pendant de longs jours comme seule trace de son existence, une induration qui diminua lentement (obs. 11, 12, 22, 39, 43). Dans d'autres cas le pus s'est frayé spontanément un chemin vers l'extérieur (obs. 53, 61, 64, 72, 80), mais le plus souvent il a fallu l'intervention du bistouri (obs. 1, 5, 6, 7, 8, etc.). Dans ces derniers cas c'est l'état gé-

néral de la malade qui a dirigé l'initiative du médecin. C'est dire que le moment choisi a beaucoup varié. On est intervenu dès le premier jour (obs. 21, 98) ; le dix-huitième (obs. 50). Le septième jour peut être pris comme moyenne. Dans l'obs. 19 l'auteur attribue la longue convalescence à l'incision trop rapide de l'abcès ; dans les obs. 9 et 43, à la suite de son ouverture, une recrudescence des phénomènes infectieux se produisit qui nécessita une nouvelle injection de térébenthine qui amena la guérison définitive. D'autres fois, l'aggravation consécutive à l'intervention intempestive l'a été que momentanée, cédant sans traitement spécial (obs. 34, 103).

Réciproquement quelquefois (Obs. 48, 62), la fièvre ne disparut qu'après l'évacuation des abcès. L'incision a toujours été unique sauf dans l'obs. 99 où l'étendue de la suppuration nécessita plusieurs ouvertures.

Qu'est-il sorti des abcès de fixation ? Très rarement de la sérosité louche (ob. 23, 44, 70) ; presque toujours du pus. Variant dans sa quantité : 3 litres (obs. 78), un verre à bière (obs. 85), 300 gr. (obs. 26), 250 et 200 gr. (obs. 42), 100 gr. (obs. 68) ; quelques gouttes seulement dans de rares cas (obs. 9), il varie aussi dans son aspect. Il s'est trouvé sous forme de matière purulente concrète (obs. 6) ; jaunâtre, épais (obs. 26) ; visqueux et verdâtre (ob. 18) ; roussâtre (ob. 46, 47) ; jaune et contenant des lambeaux de tissu cellulaire (obs. 66). Dans l'immense majorité des cas l'abcès s'est trouvé stérile. Cependant quelquefois il n'en est pas ainsi. Dans l'obser-

vation 90 il contenait des streptocoques. Plusieurs auteurs ont signalé ce fait. Peut-être doit-on incriminer un contage extérieur. Ce sont toutefois des exceptions. C'est en cela qu'ils se distinguent des abcès « critiques » qui renferment toujours des microbes. L'examen microscopique montre des éléments cellulaires très altérés : des polynucléaires probablement. L'injection de 20 gouttes de ce pus au cobaye dans l'obs. 79 ne donna lieu à aucune réaction 20 jours après.

Les jours qui suivirent l'incision le pus s'écoula en quantité variable, tarissant au bout d'un certain temps laissant la plaie se refermer par 1re ou 2e intention. La cicatrisation s'est opérée en 2 jours dans le cas le plus rapide (obs. 47) ; en 77 jours dans le cas le plus lent (obs. 102). Tous les intermédiaires se trouvent. Dans l'obs. 102 il s'était produit un décollement assez considérable et la plaie laissait apparaître le plan musculaire ; ce qui explique la lenteur de la guérison. Dans l'obs. 70 la cicatrisation ne fut obtenue qu'en 56 jours la peau s'étant sphacélée, par suite d'un décollement assez vaste. Ce sont d'ailleurs les 2 seuls cas qui présentèrent des accidents de ce genre. L'obs. 69 mentionne une durée de 54 jours sans qu'il y ait eu rien d'anormal. On serait tenté d'incriminer la quantité de térébenthine pour expliquer les délabrements et le retard de cicatrisation. Or si la malade n° 70 reçut à la fois 3 cc. d'essence, la dose de 1 cc. ne fut pas dépassée dans les n° 69 et 102.

La guérison de la plaie a été obtenue en moyenn

en 24 jours. Notons que dans l'observation 91, cinq injections de térébenthine faites au même point de la fesse eurent pour effet la formation d'une escarre qui se détacha sans occasionner d'autres accidents. Il semble qu'il y ait des rapports entre l'évolution de la maladie et celle de l'abcès, leur lenteur d'évolution paraissant dans bien des cas solidaire (obs. 98, 103, etc.)

Qu'a-t-on fait pour hâter la fermeture des abcès ? le traitement de toutes les suppurations : pansements aseptiques ou antiseptiques, attouchements à la teinture d'iode, bouillie lactique, etc.

Combien de temps s'est-il écoulé entre l'apparition de l'abcès et la guérison des malades ? 28 jours en moyenne ; 14 jours dans les observations 42, 47 et 78 jours dans l'obs. 70 sont les cas extrêmes. En tenant compte de la gravité de la maladie et des complications comme les phlébites (obs. 70, 72, etc.) on peut estimer que le rétablissement des malades ne s'est pas trop fait attendre.

Il est intéressant de savoir comment s'est comporté la courbe thermique pendant le développement de l'abcès artificiel. Bien qu'il ne faille pas attribuer à la température une importance trop considérable, l'action que le traitement de Fochier a sur ce symptôme revêt une signification toute particulière, d'autant plus que cette action peut être perçue avec une rigueur presque mathématique.

Dans quelques cas la température tomba brusquement de 40 à 37° dans la journée à la suite de l'injec-

tion, pour remonter un peu les jours suivants et redescendre peu à peu dans la suite spontanément (obs. 69, 98, etc.), ou à la suite d'une nouvelle injection (obs. 64, 65, etc.).

D'autres fois la courbe effectua une descente lente mais progressive (obs. 66, 77, 78, 79, 94, 99, 102, 103, 104, etc.).

Quelquefois la défervescence complète ne fut obtenue qu'après l'incision (obs. 70, 101, etc.). Quand l'abcès ne s'est pas développé franchement il n'y a pas eu de relation nette entre ces deux phénomènes (obs. 100, etc.). A noter que souvent dans les jours qui suivirent l'incision on vit apparaître une légère fièvre (obs. 69, 70, 94, 101, 102, 104, etc.). Le pouls suivit en général la température dont il subit à peu près toutes les variations. (obs. 64, 65, etc.).

Dans l'observation 64 l'examen du sang montra que, de 713.000, avant d'avoir employé le traitement, le nombre des globules rouges monta à 800.000 au moment de la formation des abcès et s'éleva rapidement à 1.800.000 à l'époque de leur ouverture. Dans l'obs. 79, les globules blancs de 17.600 passèrent après l'injection de térébenthine à 24.000, en même temps qu'augmentait le pourcentage des polynucléaires, ce qui est en contradiction avec les recherches de Chantemesse. Dans l'obs. 72 on trouve au moment de l'injection des streptocoques dans le sang ; il n'y en a plus après l'ouverture de l'abcès ; de même dans les obs. 26, 79.

2°. — Cas d'insuccès. (9 cas)

Les cas qui vont suivre sont ceux dans lesquels les abcès de fixation, formés à la suite d'injection de térébenthine, ont été impuissants à empêcher la mort de se produire.

Observation 1'

M. CORTIGUERA, de Santander,
nov. 1896, in thèse de Trifon.

Mme X..., 23 ans primipare. Accouchement très laborieux. Forceps, épisiotomie, délivrance artificielle. Les jours suivants l'état général est grave. *Injection d'essence de térébenthine le quatrième jour*. Le sixième jour le pouls et la température montent encore, l'agitation est extrême ; *nouvelle piqûre de térébenthine*, curettage utérin. Le 7e jour même état général ; l'abcès se forme lentement. Le 8e jour il grandit mais l'agitation est encore plus forte ; la température est à 39°. Elle monte le 11e jour. Quinine, caféïne, morphine ; grande dépression cérébrale ; sérum artificiel, bains. Même état ; le treizième jour on ouvre l'abcès. Il ne donne pas de pus mais des détritus d'escarres. Le 14e jour la mort survint.

Observation 2'

J. CORTIGUERA. *Idem*

Mme X..., primipare, accouche normalement. Elle

présente cinq jours après l'accouchement un grand frisson, 40°5, un pouls à 140, des sueurs visqueuses, 40 respirations à la minute ; des frottements pleurétiques à droite, un phlegmon du ligament large. Désinfection locale et *injection d'essence de térébenthine*. Les symptômes s'amendent les jours suivants. Il n'y a plus que 38°5 de fièvre, les frottements disparaissent. Quelques jours après la température remonte ; *l'abcès de fixation se résorbe. On essaye d'en provoquer un second, il ne se développe pas.* Dyspnée intense, œdème pulmonaire, phlébite du bras gauche et mort peu de temps après la deuxième injection.

Observation 3e

A. POLLOSSON. In thèse de Trifon (Lyon 1899-1900)

Mme P..., 31 ans, accouche le 10 octobre. Le 18 elle est en plein délire, 38°5 de fièvre, l'utérus très gros et douloureux. Un curettage ramène de gros morceaux de placenta, pourris. Une hémorragie abondante se déclare. Le 20, temp. à 40°5. *On lui fait une injection térébenthinée.* Le 21, une deuxième. Même état, aucune réaction au niveau des piqûres. Le 27, le lavage utérin ramène une grande quantité de pus. Cette évacuation fait baisser la température. L'état général s'améliore ; l'abcès de fixation de la cuisse est incisé. Il ne s'en écoule que très peu de pus ; il se cicatrise vite. Le deuxième fluctue, 10 jours après ; il est douloureux. L'état général s'améliore de plus en plus. A partir du 7 novembre l'état empire de jour en jour. Le ventre se ballonne, essoufflement, empâtement au toucher vaginal. Elle meurt le 9 novembre.

Observation 4'

Dr ANDÉRODIAS. In thèse de Carles (Bordeaux 1902-1903).

Femme de 22 ans, 2 ipare, accouche le 4 août après avoir subi plusieurs applications de forceps. Délivrance artificielle. Le 8 août on fait un curettage utérin. Le soir la température est à 40°. Les jours suivants : injection utérine. Le 10 août surviennent des vomissements ; la dyspnée est assez marquée, douleurs au creux épigastrique. *On fait une injection de 1 c. c. d'essence de térébenthine* à la partie antérieure de la cuisse. La réaction se produit et le 22 on incise l'abcès ; il sort 150 à 200 gr. de pus ayant mauvaise odeur. *On pratique une seconde injection de térébenthine* à la cuisse gauche, qui réagit beaucoup mieux que la première. L'abcès est incisé le 26. Le pus est bien lié. L'état général est bon.

Le 1er septembre et les jours suivants, surviennent de forts frissons accompagnés d'une très forte hyperthermie ; la dyspnée le 3 est très accentuée, violent point de côté, hypothermie. Souffle, matité, râles crépitants au poumon gauche. Le 5 au niveau de la fesse droite s'ouvre spontanément un abcès. Il s'en écoule un verre de pus. Quelques frissons, état stationnaire ; le 11 un nouvel abcès s'ouvre spontanément à la fesse droite Le pus est fétide et mal lié. Frissons et dyspnée les jours suivants. Forte aggravation le 27. On porte le diagnostic de spleno-pneumonie. Injection de 20 cc. de sérum de Marmorek les jours suivants. La mort survient le 10 octobre. A l'autopsie on trouve une pleurésie purulente.

Observation 5'

(In thèse de Bouvier, Lille 1899-1900.

Mme X..., délivrance artificielle. Le 5 juin les lochies sont fétides, la température est à 38°. Curettage de l'utérus, tout rentre dans l'ordre ; le 15 juin, frisson violent, 39° 7, point douloureux du côté droit de l'hypogastre, empâtement ; le 21e jour, nouveau frisson, température à 40° 6, vomissements, frissons fréquents, ictère les jours suivants. Sérum de Marmorek et *injection d'essence de térébenthine au bras*, non suivie de réaction. *seconde injection à la cuisse* ; elle donne lieu à un abcès. Mais les accidents graves persistent ; phlegmatia alba dolens au membre inférieur gauche et mort le 31e jour après l'accouchement.

Observation 6'

Dr DUBAR, (in thèse de Bouvier)

Mme X..., 30 ans, multipare, accouche dans un milieu infecté par la grippe et quelques jours après a un pouls à 120, la fièvre à 39° 5 et des pneumoccoques dans le sang et les crachats. Pendant le cours de l'affection on fait *deux injections d'essence de térébenthine*. Deux gros abcès se forment. Pendant leur évolution les phénomènes s'amendent pour reprendre aussitôt après la cicatrisation des abcès. Les phénomènes infectieux finissent par enlever la malade.

Observation 7'

BOISSARD (L'Obstétrique 1908)

Mme X.., 24 ans, II pare, accouche le 23 décembre. Rétention des membranes. Le 26, la température monte

à 40°, le pouls est à 124. Malgré le traitement local, la température ne tombe pas et le 30 le pouls est à 140, la fièvre à 40°7, le faciès grippé, le ventre ballonné. Le col est perméable, l'urine albumineuse. Le 1er janvier *on injecte 4 cc. d'essence de térébenthine*. 24 h. après à ce niveau existe une rougeur diffuse, mais la fièvre persiste et la mort survient le 3 janvier. Au niveau de la piqûre à l'autopsie on trouve de la sérosité puriforme et les tissus commencent à se sphacéler.

Observation 8'. *Idem.*

Mme X.., primipare, 31 ans, accouche le 10 août, après un travail de 45 heures, de 2 jumeaux. Délivrance artificielle. Les placentas ne paraissent pas complets. Le 4e jour la température dépasse 39°, le pouls est à 140. On fait alors tous les jours des injections sous-cutanées de sérum antistreptococcique (40 à 80 cc.). Pas de résultats ; le quinzième jour (25 août) la température est à 40°. Electrargol : 5 cc. La fièvre oscille entre 39 et 40°. Le 8 septembre, après un frisson, elle monte à 41°. *Injection de 5 cc. d'essence de térébenthine.*

Le 16 l'abcès est formé. Puis se produisent des embolies pleuro-pulmonaires et un léger épanchement pleural. La ponction de la plèvre ramène 300 gr. de liquide louche. La mort survient le 28 septembre.

Observation 9'

Recueillie dans le service du Pr Bar, n° 742.

Mme F.... 33 ans, III pare, entre à la salle de travail le 10 mai 1911 à 8 mois de grossesse.

Elle a eu la coqueluche, la scarlatine, la rougeole et une pleurésie gauche.

Le début de cette grossesse remonte à la fin septembre 1910. Au mois de janvier une pleurésie sèche se déclare du côté droit. Elle évolue sans complications. Pas d'albumine dans les urines. Le 6 mai 1911 elle perd les eaux ; les grandes douleurs commencent le 8.

A son entrée l'utérus est dur et rétracté. Le fœtus se présente en O I G A, la dilatation est de cinq francs, le liquide amniotique fétide, la température à 37°5. La respiration est très obscurcie à droite, submatité à la percussion ; l'accouchement et la délivrance se passent normalement.

Mais aussitôt après un grand frisson éclate, la température monte à 40°5 ; le pouls est à 138. Le soir la température redescend à 36°8.

Le 11 mai le ventre est légèrement ballonné, on note un léger frisson.

Le 12 mai les lochies sont fétides ; on pratique des injections vaginales et on place de la glace sur le ventre.

Le 13 la malade a des frissons intenses et répétés. On pratique une injection intraveineuse d'électrargol de 20 cc. Le 14 mai la température n'est plus qu'à 36°4. A 1 heure du soir frisson, claquements de dents, température à 40°. A 4 heures elle monte à 41°, le pouls se trouve à 143. Le ventre est légèrement ballonné, mais très souple. L'utérus est douloureux à droite.

Le 15 après une bonne nuit éclate un grand frisson durant 25 minutes. L'ensemencement du sang donne un résultat négatif.

Le 16, nouveau frisson, la température est à 38°7, le pouls à 108. On continue le traitement par la glace sur le ventre et les injections vaginales à l'eau oxygénée.

Le 17 la température s'élève à 40°, pas de frisson, les lochies n'ont pas d'odeur.

Le 18 *on injecte à la malade 1 c. c. d'essence de térébenthine.*

Le 19 mai on constate qu'elle a une congestion pul-

monaire. A midi éclate un frisson de 10 minutes de durée. La température est à 40°3. Pendant ce frisson se produit une hémorragie vaginale assez abondante.

Le 20, la nuit est calme. Dans la journée deux frissons ; *l'abcès de fixation ne s'est pas formé*. Du côté de la poitrine râles humides dans tout le poumon droit.

Le 22 *on essaye de nouveau de provoquer un abcès de fixation dans la cuisse gauche*. Les jours suivants il se produit quotidiennement plusieurs frissons d'une grande intensité, la température est très élevée 40°, 41° ; la congestion pulmonaire évolue lentement.

Le 29 mai, au niveau de la *deuxième injection de térébenthine il n'y a aucune réaction*. Au niveau de la première on trouve une masse légèrement fluctuante sans rougeur ni douleur.

Le 31 mai apparaît un léger œdème des pieds, blanc et mou ; il en est de même à la face interne des jambes. *On incise le premier abcès de fixation* situé sur la paroi abdominale ; il s'en écoule un pus épais assez abondant. On place une mèche dans la plaie et on fait un pansement sec. L'ensemencement du sang est négatif.

Le 1er juin la malade se plaint de pesanteur dans la jambe gauche. Elle est placée dans une gouttière.

La température est à 40°6, le pouls à 142 ; on met de la teinture d'iode dans l'abcès. Le 2 juin on constate de la matité de la fosse sous-épineuse droite et de la base du poumon de ce côté, lequel présente de forts craquements.

A l'examen des crachats : polynucléaires, diplocoques.

Le 3 juin, les frottements ont diminué du côté droit, mais on en perçoit du côté gauche. L'abcès ne donne pas de pus ; on y applique de la teinture d'iode et un pansement sec. Même traitement les jours suivants. L'œdème des membres inférieurs se propage aux cuisses. La température est élevée, gros frottements à gauche.

Le 7 juin la malade délire.

Le 8 juin, à la suite d'un grand frisson, elle est prise d'étouffements. L'œdème des jambes est stationnaire.

Le 10 juin, délire, carphologie, yeux hagards ; l'œdème de la jambe droite a beaucoup augmenté. Au niveau de la fosse sous-épineuse droite on perçoit un souffle très marqué aux deux temps respiratoires, râles crépitants avec les signes d'une cavité en ce point.

Le 12 juin à ce niveau on observe de la pectoriloqui-aphone.

Le 14 juin, ponction lombaire négative, la malade est dans le coma. Temp. est 38°8.

Le 16 juin, grand frisson avec 40°1 de température.

Les jours suivants l'état ne fait qu'empirer la respiration est pénible, les frissons fréquents et la malade meurt le 20 juin à 11 h. 45 du soir.

Voici donc réunies 9 observations. L'âge le plus avancé dont il est fait état est 31 ans (obs. 3', 8') ; le plus bas à 22 ans (4). La moyenne correspond à 27 ans. De plus il est mentionné que trois fois il s'agit de primipare, quatre fois de multipare.

Dans un cas l'accouchement fut prématuré (9') ; il a nécessité une intervention deux fois (1', 4'). Pas de cas d'avortement. Quatre fois la délivrance a été artificielle (1', 4', 5', 8') ; rétention partielle du placenta dans les observations (3', 7'). Entre l'accouchement et le début de l'infection il s'est écoulé cinq jours dans les observations (2' 5'). Dans l'observation 9 c'est le jour même que les accidents ont éclaté. La moyenne des cas se trouve reportée entre le troisième et le quatrième jour.

Dans la plupart des cas l'infection fut généralisée et très intense : observations (1', 2', 4' etc.). Comme dans les observations heureusement terminées, on a fait ici appel à toutes les ressources de la thérapeutique : traitement local, quinine, sérum antistreptococcique, électrargol, etc. Du moment que nous avons associé leur effet dans les résultats positifs, il n'est que justice de leur faire partager ensemble le reproche d'impuissance.

On a eu recours à la méthode de Fochier le 2e jour (obs. 4') le 24e (obs. 8) ; en moyenne le 10e jour de l'infection. L'intervention a été faite : à la cuisse (obs. 4' 9') au bras (obs. 5') à la paroi abdominale (9'). La quantité d'essence injectée à la fois fut de 1 cc. dans les obs. (4', 9') ; de 4 cc. (obs. 7') de 5 cc. (obs. 8'). L'injection fut unique dans 2 cas (7', 8') ; on en fit deux consécutivement dans les obs. (1', 2', 3', 4', 5', 6', 9'). Dans les obs. 4', 5', la 2e piqûre réagit mieux que la première ce qui correspondait d'ailleurs à un meilleur état général. La marche opposée paraît réalisée dans l'obs. 2'', dans laquelle l'abcès se résorbant, une 2e injection ne produisit aucune réaction ; parallèlement à ces phénomènes, notable aggravation de la maladie.

L'abcès était formé 3 jours après l'injection (obs. 1',), 10 jours (obs. 9') : 7 jours en moyenne. Mais le caractère qui a dominé son évolution c'est le peu de développement qu'il prit, son allure effacée. Dans un cas il s'est résorbé (obs. 2') ; dans l'obs. 7' la mort survint avant qu'il fut formé ; l'incision de l'abcès 1' ne laissa sortir que des détritus d'escharre, pas de pus. Il ne s'écoula que très peu de pus dans l'obs. (3').

De plus dans les obs. 4', 6', 9', les phénomènes infectieux qui emportèrent les malades ne se produisirent qu'après l'incision des abcès, au moment par conséquent où ils ne pouvaient plus avoir d'action. La température ne fut le plus souvent pas modifiée par la formation de l'abcès. La mort est survenue 3 jours après l'injection dans l'obs. 7' ; 60 jours après (Obs. 4') ; en moyenne au bout de 20 jours.

3° Déductions cliniques

Nous avons passé en revue deux séries d'observations suivies les unes de guérison les autres de mort. Dans toutes l'abcès de fixation s'était produit. A quoi faut-il attribuer la divergence des résultats ?

Parmi les facteurs étiologiques l'âge semble sans influence. Des deux côtés la moyenne est sensiblement la même. Les multipares sont plus nombreuses dans la deuxième catégorie, les primipares dans la première.

Dans les cas de mort on rencontre plus souvent la rétention patentaire, la délivrance artificielle. La forme de l'infection doit être tenue pour un facteur de la plus haute importance. Dans la plupart des observations du deuxième groupe l'infection était généralisée et très intense.

Il y aurait peut-être lieu de tenir compte de la forme microbienne en cause ; mais les détails manquent à ce sujet.

Il faut aussi faire rentrer en ligne de compte la tech-

nique du traitement. Tous les auteurs sont d'accord pour admettre, chose d'ailleurs évidente par elle-même, que plus on intervient tôt, mieux la guérison se produit ; or dans les cas heureux la date moyenne des interventions remonte au 8e jour, au 10e dans les cas terminés par la mort. De plus nous l'avons vu, par une incision trop hâtive on peut faire perdre à la malade tout le bénéfice acquis (4' 6' 9').

Enfin notons l'allure souvent torpide et le peu de développement des abcès dans les cas de mort, quand ce n'est pas leur résorption. En fait cette suite d'observations, par les caractères de la réaction locale comme par ceux de l'allure clinique générale mérite, à tous égards, d'être placée entre la série précédemment étudiée et celle dont nous allons dès maintenant aborder l'étude ; elle constitue entre les cas où l'abcès se forme et les cas contraires comme une sorte de trait d'union naturel.

En résumé la valeur thérapeutique des abcès de fixation ne fait pas de doute. Elle se déduit de l'amélioration de l'état général des malades après les injections, des modifications de la température et du pouls, peut-être de l'examen de sang, mais en tout cas sûrement des résultats obtenus.

L'emploi du collargol dans 43 cas d'infection puerpérale a donné aux docteurs Bonnaire et Jeannin les résultats suivants : 10 fois les malades succombèrent ; 15 fois la guérison ne sembla pas dépendre de l'injection de collargol ; 4 fois cette action ne fut pas décisive ; 14 fois seulement son influence parut très nette.

Dans tous ces cas on avait également employé le traitement local. En admettant que le collargol ait agi dans tous ces cas son pourcentage s'élèverait à 76 o/o.

Toute cause d'erreur mise à part et en ne procédant qu'à l'addition des cas heureux et malheureux, la valeur thérapeutique des abcès de fixation s'affirme par 104 voix contre 9, soit à peu près dans 92 o/o des cas.

Cas où l'accès de fixation s'est formé.	113
Cas de guérison.....	104
Cas de mort.....	9

Pour définir la valeur thérapeutique de la méthode de Fochier il faut ajouter le contingent des 17 observations étudiées dans le chapitre suivant, où la mort est survenue sans formation d'abcès et le plus souvent en l'absence de toute réaction locale. Le pourcentage des guérisons s'abaisse alors à 80 o/o environ.

Nombre total de ces traités.....	132
Cas de guérison.....	106
Cas de mort.....	26

CHAPITRE II

Valeur pronostique de la Méthode de Fochier

Mais même lorsque la méthode de Fochier n'a pas l'influence bienfaisante qu'on doit lui reconnaître dans la majorité des cas, on n'aura pas eu recours en vain à ses services. Incapable d'arracher la malade à la mort, elle nous fait toucher du doigt le dénouement fatal qui se prépare.

Ce renseignement n'est pas sans importance, il est même précieux dans une maladie à évolution si variée, à allure si changeante. Il est certain que la valeur pronostique de la méthode ne se rapporte pas exclusivement aux cas de mort ; elle a trait également aux cas heureux, et l'apparition d'une forte réaction au niveau de la piqûre doit être tenue pour un gage sérieux de guérison (dans 92 o/o des cas nous venons de le voir). Sa valeur curative se double donc alors d'une indication favorable, sur le cours que suivra la maladie.

Mais lorsque l'injection térébenthinée ne provoque pas la formation d'un abcès, que la réaction locale est nulle ou à peu près, on peut presque à coup sûr prévoir la mort. Nous n'avons pu réunir que deux cas qui semblent faire mentir cette constation ; nous verrons plus loin à quelles restrictions ils donnent lieu. On est donc en droit, en l'absence de toute réaction locale à la suite d'une injection de térébenthine, de considérer la malade comme des plus compromises. Le fait que l'abcès ne se forme pas, que les tissus voisins de la piqûre ne manifestent aucune irritation signifie que la malade est incapable d'organiser sa défense contre l'infection. Donc le pronostic est fatal, sauf si une deuxième ou troisième injection est suivie d'abcès.

Cas de mort (17)

Observation I"

J. CORTIGUERA de Santander in thèse de Trifon (Lyon 1899-1900)

Mme X..., multipare eut une couche facile, mais présenta de la rétention placentaire. Trois jours après on extrayait un cotylédon placentaire. La température était à 40° le soir, le pouls à 150. Somnolence, sueurs profuses. Malgré la désinfection l'état grave persistait. Je fis le jour suivant une *injection d'essence de térébenthine. Il y eut à peine de la tuméfaction.* La malade ne sentit aucune douleur. Pas d'amélioration. *Une nouvelle injec-*

tion ne donna également que des résultats négatifs, et le quatrième jour la malade mourut, sans avoir été nullement soulagée.

Observation 2"

J. CORTIGUERA. *Idem*

Mme X..., primipare eut une couche lente et une délivrance artificielle. Le lendemain frisson, fièvre à 40°, lochies fétides. Le traitement local continué 10 jours ne donnera aucune amélioration. Le ligament large gauche les régions hépatique et splénique étaient sensibles au toucher. Tous les jours on notait deux ou trois accès fébriles à 40° et 41° accompagnés de frissons et de sueurs abondantes. Les choses allèrent ainsi une semaine. *On fit alors une injection d'essence de térébenthine. La tuméfaction fut à peine sensible. Deux jours après on fit une deuxième injection. L'abcès ne se développa pas davantage* et le lendemain la malade succomba.

Observation 3"

M. POLLOSSON. In thèse de Trifon (Lyon 1899-1900)

Mme D..., 31 ans accouche le 4 février normalement.

Le 10 février la température est à 40° ; on ramène de l'utérus quelques débris placentaires ; le 11, fièvre à 41°. La malade présente tous les signes d'une infection généralisée ; le 12, *on pratique trois injections sous-cutanées d'essence de térébenthine. L'état ne s'améliore pas* et la malade meurt le 26. *Les injections térébenthinées ne produisirent aucune réaction locale.*

Observation 4"

TRIFON. (Thèse de Lyon 1899-1900)

Mme B..., 21 ans, accouche normalement le 26 juillet. Le jour même on note 38° 5 ; le 27, l'état général est mauvais, le facies terreux, le pouls à 140, de la dyspnée, pas de fétidité des lochies, 39° 5. On fait le traitement local : pas d'amélioration. Aussi le 30 et le 31 juillet *pratique-t-on deux injections d'essence de térébenthine.* Le 1er août la dyspnée est intense ; la langue et la gorge sont sèches. *Aucune réaction au niveau des piqûres.* A 5 heures du soir l'état s'aggrave, la malade respire à peine et se refroidit, le pouls est incomptable. A 8 heures elle meurt. A l'autopsie le péritoine renfermait une abondante quantité de liquide purulent. Au niveau des piqûres n'existait aucune trace d'induration.

Observation 5"

PERRET. (L'Obstétrique 1902)

Mme X..., accouche le 22 avril. Depuis le 24 elle présente des frissons et de la fièvre entre 39° 5 et 40° 5. Arrivée à la clinique Tarnier son teint est terreux, ses traits tirés, ses yeux excavés, la langue rôtie ; profondément infectée.

Le traitement local est pratiqué. Mais l'état reste très grave. *On pratique alors des injections sous-cutanées de térébenthine* qui n'amènent aucune réaction. La température est à 40°, 40°5 ; la malade succombe le 8 mai.

Observation 6"

PERRET. (L'Obstétrique 1902)

Mme B..., 23 ans, I pare, accouche le 17 juillet. Légère

fièvre dès le lendemain. Le 20, curage et écouvillonnage ; le 23, frisson et 39°8. Le col et le vagin sont couverts de fausses membranes grisâtres le 26 ; on pratique alors dans le flanc droit *une injection d'essence de térébenthine*.. Diarrhée, céphalalgie. Le 31 la piqûre n'a encore produit *aucune réaction*, on en fait une seconde. La fièvre est à 41°. *Nouvelle piqûre le 1er août.* La fièvre se maintient. *Les piqûres ne donnent rien* ; la femme s'affaiblit. Le 7 août on pratique une hystérectomie. La malade meurt le lendemain.

Observation 7". In thèse de Bouvier

Ce ne fut que 15 jours après l'accouchement que la malade fut examinée. La septicémie existait depuis 10 jours. *Une injection d'essence de térébenthine* fut alors pratiquée. Elle ne provoqua qu'une *réaction locale passagère*. La fièvre, le pouls rapide, la dyspnée persistèrent. Une phlegmatia alba dolens à début pulmonaire se produisit et la malade succomba sans que l'abcès se soit formé,

Observation 8". In thèse de Bouvier.

Femme amenée à la clinique obstétricale de Lille avec de la putréfaction fœtale : Embryotomie le 11 septembre. Le 15 : frisson et diarrhée, 39,5. Curettage. La température retombe mais l'état général est très mauvais. *On injecte dans le bras 1 cc d'essence de térébenthine.* La peau devient rouge, chaude, douloureuse ; l'état général semble meilleur, mais *4 jours après toute trace d'inflammation a disparu ;* le 1er octobre : frisson violent, 40,4 et la malade succombe à une bronchopneumonie 30 jours après son accouchement.

Observation 9"

Dr BOISSARD. (L'Obstétrique, 1908)

Mme X..., 24 ans, II pare, a une violente hémorragie le 21 juin et arrive exsangue à l'hôpital le 25. Extraction d'un enfant mort, délivrance artificielle. Le 4e jour la température est à 39°. Le 4 juillet elle est à 40,5. *On injecte 2 cc d'essence de térébenthine.* L'état général persiste très mauvais. Le facies est grippé, le pouls petit. Mort le 8 juillet ; *il ne s'est pas produit d'abcès.*

Observation 10". *Idem.*

Mme X..., 28 ans, secondipare, accouchée le 28 novembre, arrive à l'hôpital dans un mauvais état. Traitement local, injection intraveineuse de collargol. *Le 4 déc. on fait une injection sous-cutanée de 4 cc d'essence de térébenthine.* Mais le lendemain la mort survient.

Observation 11". *Idem.*

Mme X..., multipare, fait, le 2 décembre, un avortement de 5 mois. Deux mois auparavant elle avait perdu du sang pendant trois semaines. On avait porté le diagnostic de fibrome de l'utérus. Le placenta est déchiqueté, les membranes incomplètes, la femme est très pâle. Elle a 40° de fièvre. On lui injecte *4 cc. d'essence de térébenthine.* Quatre jours après elle meurt, sans que la température ait baissé.

Observation 12". *Idem*

Mme X..., 34 ans, primipare, fait un avortement de 5 mois le 10 février. Le 17 elle est amenée à l'hôpital avec 38°4 de fièvre. On pratique le traitement local ; peu de débris placentaires. Le 18 la température est à 40°. *On injecte 3 c. c. d'essence de térébenthine*. Excitation, délire, mort le 22 février avec une température de 40°8.

Observation 13"

VANVERTS. (Echo Médical du Nord 1909)

Mme L..., 23 ans, multipare, fait un avortement de 2 mois le 26 juin. Il a été provoqué au moyen d'une injection de potasse d'Amérique et de savon faite dans le col utérin le 24. On fait une délivrance artificielle, le placenta n'ayant pas été expulsé. Il dégage une odeur très fétide. Curettage. Dans la soirée le ventre se ballonne, ictère, petit frisson, temp. à 39°6. Le 29 plusieurs vomissements, teint plombé, lochies fétides. Glace sur le ventre, injections intra-utérines d'eau oxygénée. L'ictère s'accentue ; nouveaux frissons. Un deuxième curettage ramène quelques débris fétides ; les urines sont albumineuses. On injecte 250 gr. de sérum. Le 2 juillet la malade est très faible. Elle a eu deux syncopes ; la respiration est stertoreuse. Injection de caféine et d'éther, sérum artificiel et injections intra-utérines. Le 4 au soir on fait *une piqûre de 2 gr. d'essence de térébenthine* à la cuisse.. La fièvre oscille entre 38° et 39°, mais l'état général est très mauvais ; les syncopes et les vomissements persistent, la diarrhée apparaît. Le 8, la tuméfaction produite par l'essence de térébenthine est peu marquée ; la malade s'affaiblit de plus en plus ;

cystite gangréneuse ; *l'abcès de fixation ne se produit pas*. Aucune localisation de l'infection n'est découverte. Mort le 11 juillet.

Observation 14e

Dr BLEYNIE. (Revue mensuelle de gynécol. d'obs. et de Péd. 1909)

Mme X..., primipare, a été accouchée au forceps le 15 juillet. Le 18 elle à 40,5 et des frissons. On pratique le traitement local. La fièvre reprend le 20. On injecte *1 cc d'essence de térébenthine*. Les deux jours suivants grands frissons ; fièvre à 41°. Le 23 *nouvelle injection* de térébenthine. Le 24 sérum de Roux. A partir de ce jour-là les frissons et les ascensions thermiques se succèdent et la malade meurt 22 jours après son entrée; les injections de térébenthine n'ont produit *ni abcès, ni autre réaction locale ;* elles ont été impuissantes.

Observation 15e. *Idem.*

Mme X..., 26 ans, multipare, accouche sans incidents le 17 mai; le 5e jour il se produit un frisson de 10 minutes ; la température est à 39°, le pouls à 108. Traitement local ; le 7e jour frisson, vomissement, céphalagie intense ; le 8e jour on fait *une injection d'essence de térébenthine* à chaque cuisse ; la température est à 40° ; les vomissements et la céphalalgie persistent toujours ; le 11e jour le pouls est incomptable, la fièvre à 40,3 : la malade meurt le lendemain. Il ne s'est pas produit d'abcès.

Observation 16"

Dr POUX. (Compte Rendu de la Société d'Obstétrique de Toulouse, 1910)

Mme X..., III pare, 25 ans, fait le 16 mars une fausse couche de deux mois et demie à la suite de manœuvres abortives ; le soir elle est prise d'un frisson intense ; le 18 la température est à 39° 8, le pouls à 144 ; pâleur livide, facies grippé, lochies fétides, col perméable, petit placenta à moitié décollé et en putréfaction. Traitement local et injection de nucléinate de soude. Mais la température ne fait que monter les jours suivants ; l'état s'aggrave ; le 21 on injecte 15 cc. d'Electrargol et 2 *cc. d'essence de térébenthine* dans la cuisse droite provoquant une vive douleur. Le lendemain la fièvre oscille entre 39° 9 et 40°, pouls à 136 ; aucune réaction du côté de la piqûre. 15 cc. d'Electrargol ; le 23 : diarrhée profuse, température à 39° 3, *pas la moindre réaction* du côté de l'injection, mort le 24

Observation 17"

Recueillie dans le service du Professeur Bar (n° de l'observation 55)

Mme B..., 26 ans, primipare, entre à la Clinique le 20 avril : elle a accouché le 18. Dès le lendemain, 39°5. Le 21 : temp. à 38°6 ; pouls : 108 ; le fond de l'utérus correspond à l'ombilic ; déchirure du périnée. Le 22 la température monte : injection de lantol et de sérum antistreptococcique. Le soir la temp. atteint 40°. *Injection d'essence de térébenthine* à la cuisse droite. Les lochies sont normales, le ventre est souple ; douleur thoracique à gauche et en arrière ; la fièvre oscille

entre 39° et 40°. Le 25 les lochies sont purulentes, un peu d'albuminurie, éréthisme cardiaque ; injection de lantol matin et soir. Nettoyage de la cavité utérine avec une compresse iodée. Le 28 au niveau de l'injection de térébenthine, la peau est rouge, mais souple et sans empâtement. Le 29 le malade tousse un peu ; frisson. Depuis le 30 la fièvre oscille entre 37° et 40°. *L'abcès ne se développe pas* ; l'utérus est réduit au volume d'une orange. Le faciés a pali. Le 2 mai *il n'y a plus aucune réaction au niveau de l'injection.* Le 4 mai survient brusquement un point douloureux au niveau de la base du thorax causant pendant 2 heures une grande gêne respiratoire. La dyspnée persiste le lendemain. Au toucher on note une induration périutérine surtout appréciable du côté droit. La nuit du 5, la dyspnée augmente ; injection de morphine. Le diagnostic d'embolies est posé ; la gêne respiratoire diminue, toux, crachats teintésde sang. Rien d'anormal au cœur ; la percussion de la base gauche du poumon est douloureux, submatité, diminution du murmure vésiculaire : ventouses scarifiées, sérum antistreptococcique. Le 6 mai : malaise subit, la malade prononce quelques mots et meurt sans avoir présenté de dyspnée.

Donc il s'agit de 17 cas dans lequels la réaction fut nulle ou à peu près. Le mort en fut la conclusion. Il s'est bien produit quelquefois une légère tuméfaction passagère ; jamais on ne constata de suppuration. L'âge moyen des malades en cause est 26 ans ; 22 et 31 ans les extrêmes. Il est sensiblement le même que dans le chapitre précédent ; il paraît donc sans aucune influence. Il faut noter la fréquence des avortements : 4 fois : (obs. 11e, 12e, 13e, 16e). Six fois il y eut rétention placentaire ; deux fois extraction d'enfants morts dont l'un

en putréfaction. Dans les obs. (4", 13" 16") c'est dès le 1er jour que débutèrent les accidents infectieux ; au bout de 6 jours dans l'obs. 3" ; en moyenne vers le 2e jour. C'était le 3e jour dans les cas de guérison. Tous les auteurs voient dans le début précoce de la fièvre puerpérale, un signe de gravité. A prendre cette formule au pied de la lettre il s'agirait donc ici de formes plus sérieuses. La lecture des observations n'infirme pas cette opinion.

Le traitement a été mis en vigueur 4 jours en moyenne après le début de l'infection ; le premier jour (Obs. 1") et le dixième (Obs. 7") sont les cas extrêmes. Des injections ont été faites dans la cuisse (Obs. 13", 15", 16", 17"), au flanc (Obs. 6"), au bras (Obs. 8"). Nous retrouvons les mêmes variations aussi bien dans la quantité d'essence mise en œuvre : 1 c.c. (8", 14") ; 2 c.c. (9", 13", 16") ; 3 c.c. (12) ; 4 c.c. (10", 11"), que dans le nombre des injections. On en fit consécutivement deux dans les obs. (1", 2", 4", 6", 14"), simultanément deux et même trois dans les obs. (3", 5", 15"). En somme la technique fut sensiblement la même que précédemment.

Dans certains cas il est apparu une légère réaction. L'obs. 2" mentionne « une tuméfaction à peine sensible » ; l'obs. 7" « une réaction locale passagère ». Le peu d'intensité et le caractère transitoire de la réaction, tels sont, quand elle existe, ses signes distinctifs. La mort s'est produite en moyenne 6 jours après la première injection ; 1 jour après (obs. 10"), 17 jours (obs. 14"). La température n'a nullement été influencée par le trai-

tement ; elle est restée très élevée (5", 6", 9", 12" 17"). Il en est de même du pouls.

Peut-être dans certains cas, notamment dans ceux où l'on a eu recours qu'une fois au traitement de Fochier, l'évolution aurait été différente si l'on avait renouvelé les injections. Nous avons vu des exemples ou l'abcès n'a été obtenu qu'à la 2e ou 3e piqûre. C'est possible ; rien de moins certain.

2° — Cas de guérison (2)

Voici enfin 2 observations qui par leur évolution spéciale ne peuvent faire partie des groupes précédents. Elles se rapportent à des malades chez lesquelles les injections de térébenthine ne produisirent pas de réaction. L'une et l'autre cependant se terminèrent par la guérison. Il importe de noter que chez ces deux malades il se forma en revanche des abcès critiques.

Observation 1re

A. POLLOSON. (in thèse de Trifon (Lyon 1899-1900)

Mme M..., 22 ans, accouche et le lendemain 11 avril entre à la Charité. La délivrance est complète, les lochies fétides, température à 39° 5 ; traitement local ; le 20, gonflement du coude et du genou droit. On fait alors *deux injections d'essence de térébenthine* ; le 24 augmentation de l'œdème du genou et du coude, l'état général s'améliore ; Le 25, incision du gonflement sié-

geant au genou. Il s'écoule du pus. Le 1er mai incision de l'abcès du coude ; les abcès de fixation ne se sont pas formés. La malade va bien et quitte l'hôpital le 1er juillet.

Observation 2'''

CAZANOVE. (Comptes rendus de la Société d'Obstétrique de Toulouse, 1909

Mme A..., I pare, 22 ans : avortement de deux mois. Le 14 janvier, je trouve une malade abattue, les pommettes rouges, très dyspnéisique, la pouls à 140 la température à 39° 4, les bases congestionnées ; le col largement ouvert permet de sentir le placenta engagé mais adhérent encore ; le 16 l'état s'est aggravé, diarrhée fétide, délire, affaiblissement du cœur ; le 17, température à 40° 1, Pouls à 150 ; le curettage ramène des débris fétides. Traitement local. Pas d'amélioration ; le 20 on injecte *1 cc. d'essence de térébenthine* à la partie antéro-supérieure de la cuisse droite. Pas de réaction locale ; le 23, injection symétrique à gauche, pas de réaction et aucune d'amélioration. Depuis le 1er février la température descend; le 13 elle est revenue au-dessous de 37°, le malade ressent alors des élancements dans la région lombaire droite, la peau est rouge, luisante, légère fluctuation, l'abcès grossit. On l'incise le 19. Il en sort un pus jaunâtre bien lié, sans odeur. La guérison est complète vers le milieu de mars.

A regarder d'un peu près l'observation 1'' on ne doit pas se montrer surpris de son évolution. Comme nous l'avons déjà dit, la méthode de Fochier a été créée pour

« fixer » en un point facilement accessible une infection généralisée, par l'intermédiaire d'un foyer local de suppuration ; idée empirique si l'on veut, mais dont l'expérience démontrait la valeur. Or ce principe admis, dans le cas qui nous occupe, l'intervention n'avait pas sa raison d'être, la nature ayant pris l'initiative de la formation de la collection purulente. En bonne logique l'injection de térébenthine ne devait pas avoir d'utilité dans ce cas qui bien loin de faire mentir la règle semble au contraire en être la confirmation. L'observation 2'" est moins facile à interpréter car, s'il s'est produit un abcès, il s'est formé bien tard pour qu'on ait le droit de lui faire jouer un rôle dans la guérison, et bien loin de la piqûre pour qu'on puisse l'attribuer à cette dernière. On est probablement en présence là aussi d'un abcès critique qui s'est développé sans attirer l'attention jusqu'au moment où il a acquis un certain volume.

L'amélioration brusque et sans raison apparente de la maladie semble confirmer cette hypothèse. C'est peut-être pour cela que l'abcès de fixation ne s'est pas formé.

Ce chapitre réunit donc les cas où la méthode de Fochier a été inopérante. Pourquoi cette différence d'évolution comme de résultat final ? De quelque façon qu'on interprète le mécanisme de son action, il est clair que c'est la gravité de l'état qui en est responsable, cette gravité étant d'ailleurs conditionnée par toutes ses causes habituelles et principalement par la forme de l'infection ; de sorte que l'ordre de classement de nos

observations correspondrait, à part les deux dernières, à l'ordre de gravité croissante de l'état des malades, de même qu'il correspond à l'ordre décroissant jusqu'à zéro de l'intensité de la réaction locale. Pour qu'un médicament quelconque agisse sur l'organisme, ce dernier doit posséder une certaine excitabilité. Comme dit Chauffard « l'action thérapeutique ne saurait aller qu'au mode réactif, qu'au soulèvement de la vie saine contre la vie affective. Là où il n'y a plus de vie saine qu'on puisse appeler en aide il n'y a plus d'action thérapeutique possible ». Cela est surtout vrai pour un remède qui n'agit pas directement par lui-même, comme c'est le cas du traitement qui nous occupe. Si donc on ne veut pas réduire la méthode de Fochier au rôle passif de symptôme, on ne doit pas trop attendre ; il faut intervenir avant la déchéance définitive. On reconnaîtra d'ailleurs, bien des observations en témoignent, que les abcès de fixation peuvent se former sur des organismes bien compromis.

CHAPITRE III

Bilan de la Méthode de Fochier (Etude synthétique)

Du point de vue thérapeutique voici donc ce que nous avons observé :

132 cas traités

106 cas de guérison :	l'abcès s'étant formé 104 fois.	
	l'abcès ne s'étant par formé 2 fois.	
26 cas de mort :	l'abcès s'étant formé 9 fois.	
	l'abcès ne s'étant pas formé 17 fois.	

Le seul groupement sans commentaires des observations que nous avons pu recueillir est imposant en lui-même. Sur les 132 cas, que nous avons réunis (dans ce nombre sont compris neuf cas nouveaux recueillis dans le service du Pr Bar) la guérison est survenue 106 fois soit dans 80 o/o des cas. Il est probable que sur le nombre, bien des malades auraient guéri sans abcès de fixation ; qu'il ne faut pas tenir pour négligeables les

autres traitements employés ; mais inversement doit-on incriminer la méthode dans tous les cas malheureux. Nous ne le croyons pas. Quand on agit trop tard et avec trop peu d'énergie, quand on arrête trop tôt l'effet du traitement, la faute n'est pas à la méthode mais bien à l'opérateur. En tenant compte de la gravité de la plupart des cas observés, il ne paraît pas probable qu'on puisse attendre d'aussi bons résultats d'une autre médication. Certains auteurs ont pourtant nié son pouvoir thérapeutique. Or si l'abcès en lui-même n'est pas utile, s'il ne doit être considéré que comme un simple indicateur, il faudrait le tenir pour une mauvaise chose ; les douleurs violentes du début, la suppuration consécutive souvent abondante ne pouvant que déprimer une malade déjà bien affaiblie. On devrait donc alors obtenir de plus mauvais résultats qu'en laissant la nature à ses seules armes. Or il est loin d'en être ainsi, nous venons de le voir.

A première vue on pourrait trouver les résultats peu encourageants, la proportion des guérisons dans les infections puerpérales atteignant d'une façon générale 90 o/o (Bar et Jeannin). Mais il faudra se souvenir, pour porter un jugement équitable sur la méthode qu'on n'y a eu recours que dans les cas présentant au moins une certaine gravité, surtout dans les premiers essais où on ne l'appliqua que dans les cas désespérés. Le plus souvent l'infection était tenace, généralisée où ayant tendance à le devenir. Il ne faudra pas oublier que la guérison dans la pyohé-

mie n'est que de 28 o/o et qu'elle est presque nulle dans la septicémie.

Les résultats obtenus, la simplicité de sa technique font de cette méthode une ressource des plus précieuses pour le praticien.

Au point de vue du pronostic les résultats peuvent ainsi se formuler.

132 cas traités.

113 cas où l'abcès se forme : guérison 104 ; mort 9.

19 cas où l'abcès ne se forme pas : guérison 2, (mais il s'est formé des abcès critiques) ; mort 17.

La valeur pronostique n'a jamais été contestée. Certains auteurs ne croyant pas à son pouvoir thérapeutique ont employé la méthode pour être éclairés sur la terminaison.

On voit donc que quand l'abcès se forme la guérison survint dans 92 p. 100 des cas, et la mort dans 8 p. 100 des cas ; quand il ne se forme pas la mort se produit dans 100 o/o des cas si l'on ne tient pas compte des observations 1'" et 2'" dans lesquelles des abcès critiques se sont formés. A ce point de vue encore la méthode rend de grands services.

Si nous séparons du nombre total des observations les 9 cas que nous avons pu réunir dans le service du professeur Bar, les résultats obtenus ne sont pas, nous allons le voir, bien différents des précédents.

1· Valeur curative de la méthode de Fochier :

9 cas traités.

7 cas de guérison : l'abcès s'étant formé 7 fois.

2 cas de mort : l'abcès s'étant formé 1 fois ; l'abcès ne s'étant pas formé 1 fois.

La guérison survient donc dans 77 o/o des cas.

2° Valeur pronostique de la méthode de Fochier :

9 cas traités.

8 cas où l'abcès se forme : guérison, 7 fois ; mort 1 fois.

1 cas où l'abcès ne se forme pas : mort 1 fois.

Quand l'abcès ne se forme pas, la valeur pronostique est ici de 100 o/o ; quand il se forme elle ne se vérifie que 88 fois o/o ; 12 fois o/o la mort survenant.

Malgré cela certains auteurs l'ont laissé de côté. C'est un remède brutal a-t-on dit. Rien de plus exact. Mais la ligature et la résection des veines du bassin où l'hystérectomie totale sont-ce des traitements plus anodins ? Seules les interventions énergiques peuvent avoir une action dans les moments graves. Quand on objecte que la douleur et la suppuration étant des causes de dépression doivent déconseiller l'emploi de la méthode, il suffit de faire remarquer que c'est lorsqu'il ne se produit ni douleur ni suppuration que la mort survient, la guérison se produisant au contraire dans la mesure où la piqûre a réagi plus fortement. Cependant en raison de la violence de la réaction dans certains cas, de la douleur vive, de la suppuration prolongée, des décollements rares mais possibles, on ne doit pas employer ce traitement sans motifs valables.

Y a-t-il des contrindications ? L'albuminurie en est-

elle une ? On ne tient pas compte de cette complication dans les obs. (2, 3, 59, 80, 95) et la guérison survint dans de très bonnes conditions. Si la mort se produisit dans les obs. (7' 13" 17") l'albuminurie n'en paraît pas la cause ; dans les obs. (1, 29, 92, 93) on observa avant la guérison une certaine quantité d'albumine. Faut-il l'attribuer au traitement : c'est peu probable. L'œdème pour la plupart des auteurs, à juste titre, constitue une contrindication absolue. Un abcès évoluant dans des tissus peu résistants pourrait causer de grands délabrements.

Chez les diabétiques peut-être sera-t-il prudent d'en user avec modération ; les observations manquent à ce sujet. Les contrindications naissent aussi de l'inopportunité de la méthode ; lorsque l'infection est localisée dès le début comme dans l'endométrite, ou ultérieurement, comme dans les cas d'abcès « critiques » (obs. 1'", 2'") on n'aura pas à intervenir.

Les indications sont tirées de la forme et de la gravité de la maladie. Inutile dans les infections limitées aux organes génitaux, ce traitement est sans action dans la péritonite généralisée. Les formes de choix sont la septicémie, mais surtout la pyohémie (Brindeau) dans laquelle on peut attendre des abcès de fixation des résultats vraiment encourageants.

Quand faut-il intervenir ? C'est un point très délicat mais très important à préciser, le succès étant lié, nous l'avons vu, à la précocité de l'intervention. Pour le fixer il n'y a pas de règle définie. Chaque symptôme pris à part est impuissant à fournir cette indication.

L'apparition précoce de l'infection, la fièvre à grandes oscillations, la rapidité du pouls, la dyspnée, les frissons répétés, le teint terreux, sont par leur groupement des signes certains de gravité, mais à ce moment l'infection est bien avancée pour intervenir. Lorsque après une désinfection complète de l'utérus par les moyens ordinaires (curettage, écouvillonnage, etc.), les phénomènes infectieux ne diminuent pas, la température se maintenant en plateau ou présentant de grandes oscillations, les frissons persistant, la malade étant abattue, il sera sage de ne pas attendre plus longtemps une amélioration hypothétique. Il y a cependant des formes pyohémiques à allure subaigue qui tolèrent une attente prolongée et sur lesquelles les abcès de fixation ont une grande action. Dans l'obs. 30 on n'intervint que 58 jours après le début de l'infection ; six jours après, la fièvre à grandes oscillations était tombée ; 14 jours plus tard la malade avait repris sa vie ordinaire. Dans l'obs. 26 on attendit 36 jours pour intervenir et malgré cela la guérison fut très rapide. Il faut donc tenir grand compte de la forme de l'infection. En agissant trop tôt on risque de faire une opération inutile, ce qui est fâcheux, mais en agissant trop tard on n'empêchera pas la mort de se produire. Des deux fautes extrêmes il vaut mieux tomber dans la première.

Où fera-t-on l'injection de térébenthine. Fochier recommande de la produire le plus près possible de la lésion pour ajouter à l'effet ordinaire, le bénéfice de la révulsion.

Cependant le point d'élection paraît être la cuisse. C'est l'endroit qui a été choisi le plus souvent dans les diverses observations que nous avons exposé. Il est facilement accessible et se prête bien aux pansements. De plus il est éloigné des voisinages dangereux, particularité qui acquiert une grosse importance dans les cas rares, mais toujours possibles où l'abcès prend de grandes dimensions. Il n'en est pas de même pour le flanc. Il pourrait y avoir de gros inconvénients à provoquer contre le péritoine une collection purulente qui si elle est souvent aseptique contient quelquefois des microorganismes qu'ils aient une origine endogène où qu'ils viennent du dehors après l'incision. De plus le tissu cellulaire étant très lâche en ce ce point il pourra se produire des décollements très étendus. Enfin les pansements sont plus difficiles à faire à ce niveau.

Doit-on se contenter d'une seule injection? Assurément si l'abcès se développe bien et si l'amélioration se produit. Dans certains cas particulièrement graves il sera prudent, pour gagner du temps si la réaction tarde à se dessiner, de renouveller l'injection au même point le lendemain ou un des jours suivants. Les obs. 80, 91, 93, montrent qu'on peut tirer un grand profit de cette façon de procéder.

La quantité d'essence à injecter en une fois, ne doit pas dépasser 2 grammes. Les doses supérieures ne paraissent pas être nécessaires pour la formation de l'abcès, tandis qu'il y a tout lieu de croire que, chez des personnes prédisposées, de grosses quantités de térébenthine

pourraient avoir des effets nuisibles. Il n'en a pas pourtant été ainsi dans l'observation 77, à la suite d'une injection de 20 cc. Il vaut mieux toutefois ne pas renouveler l'expérience.

L'opération est des plus simples. L'injection doit être faite dans le tissu cellulaire sous-cutané. La technique sera donc la même que pour toutes les injections médicamenteuses ; l'asepsie sera absolue. L'instrument est à la portée de tout le monde : une seringue à injections hypodermiques. La térébenthine n'a pas besoin pour agir d'avoir vieilli pendant de longs mois. Fraîchement préparée elle peut également rendre de grands services.

L'incision ne devra être autorisée que lorsque la convalescence sera franchement établie. C'est tout comme le moment de l'injection, le point délicat de la méthode. Du fait de son incision un abcès de fixation devient inopérant ; il ne faut donc pas annihiler ses propriétés thérapeutiques avant que le malade soit hors de danger. Dans le cas où l'on serait forcé d'intervenir, on devra auparavant créer un nouveau foyer de suppuration. Comme le pense Carles il y a tout lieu de croire que la malade (4') aurait guéri si l'on avait laissé l'abcès agir plus longtemps. Nous en avons mentionné d'autres cas. Réciproquement on ne doit pas laisser s'éterniser une grosse collection purulente qui peut devenir pour les tissus avoisinants un danger et être la cause d'une certaine élévation thermique qu'explique facilement cette rétention de déchets organiques plus ou

moins toxiques au moment de la convalescence. Dans ces cas dès l'évacuation du pus la température redevient normale (obs. 48, 62, etc.) Des deux erreurs il vaut mieux tomber dans la deuxième, les conséquences en sont moins graves. L'incision se fera au centre du foyer de suppuration. Une seule le plus souvent sera suffisante.

Le traitement de l'abcès sera celui de toutes les suppurations. Il faudra cependant apporter à sa toilette encore plus de soins de propreté, puisque étant aseptique, on a intérêt à lui faire profiter jusqu'au bout de cet avantage. Il doit être pansé avec soin. L'évacuation méthodique du pus, les attouchements à la teinture d'iode, etc., pourront activer la cicatrisation, qui s'obtiendra, nous l'avons vu, avec plus ou moins de lenteur, mais sans incident le plus souvent.

Ajoutons enfin que parallèlement à la méthode de Fochier on pourra toujours employer les autres traitements habituels : collargol, rhodium, sérum, etc. Leurs effets ne se contrarient pas, ils s'additionnent plutôt, de nombreuses observations nous le montrent ; on ne devra pas négliger leur appoint.

CONCLUSIONS

1° La méthode de Fochier possède une valeur thérapeutique incontestable dans l'infection puerpérale.

2° Cette propriété curative se double d'une valeur pronostique.

3° Elle peut être tentée dans toutes les formes graves et rebelles, mais c'est dans la forme pyohémique qu'elle a le plus d'action.

4° Le succès de la méthode étant en partie lié à la précocité de son emploi, on y aura recours lorsque le traitement local étant sans action, les différents procédés thérapeutiques généraux restent impuissants. D'ailleurs même dans les cas paraissant désespérés on devra toujours l'essayer.

5° Une injection de 1 à 2 cc. pratiquée à la cuisse suffira en général ; si non, on la renouvellera un des jours suivants au même point où en un lieu différent.

6° L'incision de l'abcès ne sera pratiquée que pendant la convalescence ou, dans le cas contraire, après avoir fait une nouvelle injection et s'être assuré de la formation d'un nouveau foyer de suppuration.

7° L'opération est nuisible dans les tissus œdématiés ; inutile après la production de foyers locaux de suppuration spontanément formés (abcès critiques).

8° En même temps que ce traitement, on devra employer tous ceux qui sont en usage dans l'infection puerpérale.

Vu : le Président de Thèse,

Paul BAR.

Vu : Le Doyen,

LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Arnozan. — Journal de médecine de Bordeaux, 1901

Audebert. — Comptes rendus de la société d'Obstétrique de Toulouse, 1910

Bar et Jeannin. — La pratique de l'art des accouchements.

Bleynie. — Limousin médical, 1906

— Revue de gynecologie, d'obstétrique et de pœdiatrie, 1909

Boissard. — L'Obstétrique, 1908

Bonnaire et Jeannin. — L'Obstétrique, 1908

Bouvier. — Thèse de Lille, 1899-1900

Branthomme. — Revue de médecine, 1896

Buchenaud. — Thèse de Toulouse, 1910-1911

Carles. — Thèse de Bordeaux, 1902-1903

Cazanove. — Comptes rendus de la Société d'obstétrique de de Toulouse, 1909

Chantemesse et Marie. — Bull. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris, 1892

Chauffard. — Principes de pathologie générale Paris, 1862

Chéron. — L'Obstétrique, 1902

Collin. — Journal de médecine de Bordeaux, 1906

Cortiguera Joacquin. — Santander, 1896.

— La suérothérapia y el flegmon de Fochier.

Cotret (De). — L'Union médicale du Canada, 1909.

Fabre. — L'Obstétrique, 1908.

Ferrand. — Bull. de la Société scientifique et médicale de l'Ouest, 1893.

Fochier. — Lyon médical, 1891.

— Semaine médicale, 1892.

— Société d'Obstétrique de France, 1892.

Lépine. — Semaine médicale, 1892.

Metzger. — Bull. de la Société d'Obstétrique de Paris, 1911.

Oui. — Echo médical du Nord, 1904

Pawlowiz et Zaleski. — Medycyna, 1895.

Perret. — L'Obstétrique 1902.

Poux. — Comptes-rendus de la Société d'Obstétrique de Toulouse, 1910.

Roland. — Poitou Médical, 1908.

Swiecicki von. — Therapeutische Monatshefts, 1894.

Switalski. — Therapeut. Wochenchrift, 1895.

Thierry. — Société de Médecine de Rouen, 1892.

Trifon. — Thèse de Lyon 1899-1900.

Vanverts. — Echo Médical du Nord 1909.

Venot. — Comptes-rendus de la Société d'Obstétrique de Bordeaux 1911.

Zadvine. — Thèse de Paris 1911-1912.

TABLE DES MATIÈRES

PAGES

Introduction 9

Historique et division 11

CHAPITRE PREMIER

Valeur thérapeutique des abcès de Fixation 17

CHAPITRE II

Valeur pronostique de la méthode de Fochier 105

CHAPITRE III

Bilan de la méthode de Fochier (Etude synthétique) .. 121

Conclusions 131

Bibliographie 133

Imprimerie spéciale de la Librairie Ollier-Henry
26, Rue Monsieur-Leprince. — Paris.